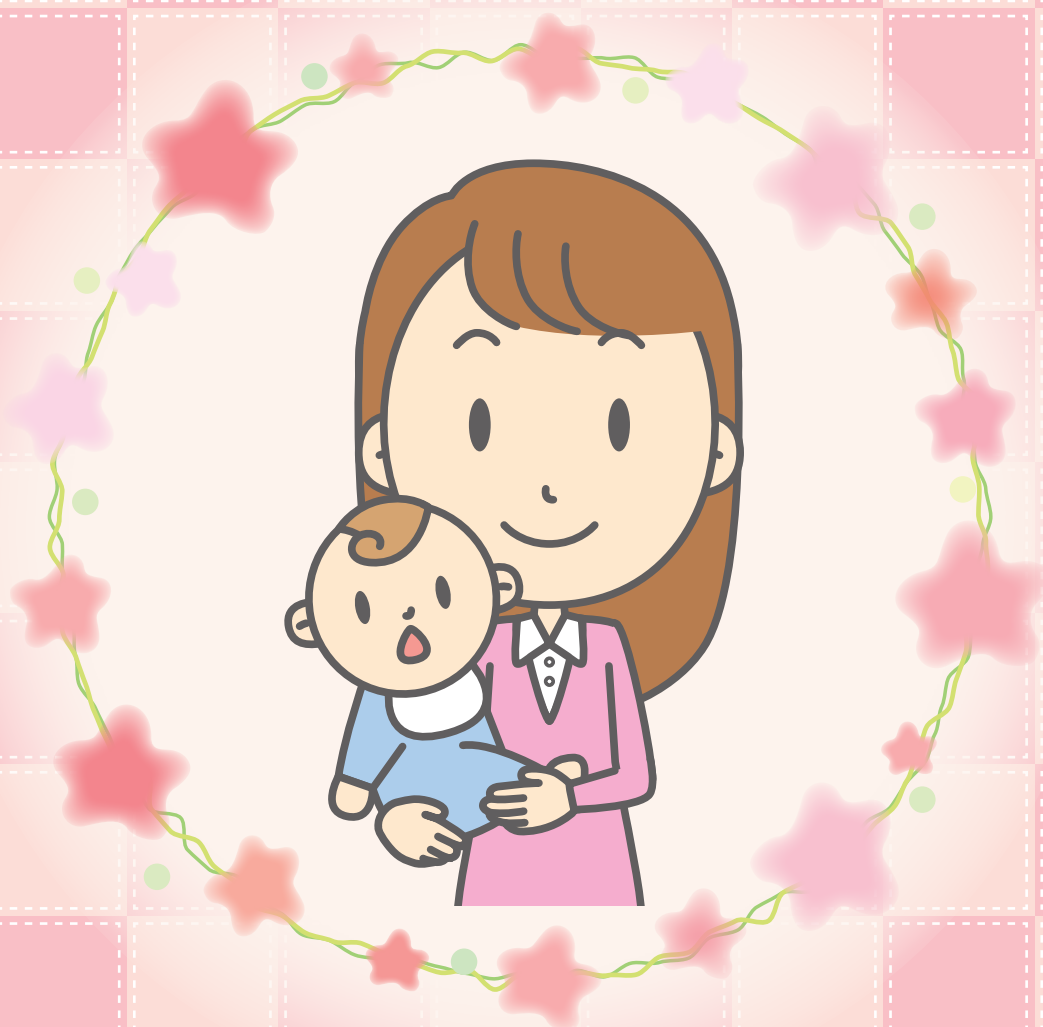


妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル

～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～



公益社団法人 日本産婦人科医会

平成 29 年 3 月

本マニュアルは「妊娠等について悩まれている方のための
相談援助事業連携マニュアル」改訂版（平成 26 年 3 月）を
改訂したものです。

目 次

はじめに	4
I. 本マニュアルについて	7
II. 妊産婦メンタルヘルスの重要性	8
1. 少子化問題と妊産婦メンタルヘルス	8
2. 妊産婦メンタルヘルスの現状	11
(1) 児童虐待	11
(2) 妊産婦の自殺	12
(3) 妊婦の心の状態と子どもの発達	12
(4) 虐待が子どもの脳に及ぼす影響	13
III. 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識	16
1. 妊産婦の心理	16
2. 妊産婦メンタルヘルスの不調と障害	16
(1) 妊産婦にみられることの多い不安と心配	16
(2) 妊産婦にみられる気分障害と神経症性障害	17
(3) 妊産婦にみられる精神病性障害	17
(4) 妊産婦にみられる知的障害や発達障害	18
3. 母子の関係性（母子相互作用）	18
(1) 母親のわが子に対する情緒的絆	18
(2) 母親のわが子に対する情緒的絆の障害	18
(3) 乳児の愛着形成	19
4. 乳幼児の発達	19
(1) 定型発達	19
(2) 親のメンタルヘルスと子どもの発達の関連	20
IV. 妊産婦メンタルヘルスケアの実際	23
1. 妊産婦への対応の基本	23
(1) 基本的な接し方	23
(2) 把握しておきたい情報と情報収集の仕方	24
(3) 見逃してはいけない言葉や表情	24
(4) 言ってはいけない言葉	24

(5) 家族への接し方～正しい協力を得るために～	24
2. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング	25
(1) スクリーニングの必要性	25
(2) スクリーニングの時期と評価方法	28
1) 妊娠初期	30
2) 妊娠中期 (25 ～ 28 週)	32
3) 出産時 (入院中)	34
4) 産後 2 週間	36
5) 産後 1 か月	38
(3) 3つの質問票の活用	40
1) 質問票Ⅰ. 育児支援チェックリスト	40
2) 質問票Ⅱ. エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)	42
3) 質問票Ⅲ. 赤ちゃんへの気持ち質問票	44
(4) 3つの質問票による面接の実際とケアの方法	46
1) 実施方法	46
2) EPDS の結果の伝え方	47
3. 精神科への紹介が必要なケース	48
(1) 精神科リエゾン	48
(2) 妊産婦への向精神薬投与と子どもへの影響	49
4. 小児医療へつなぐ	50
5. 助産師 (看護師・保健師) の役割	52
(1) ハイリスク妊産婦のスクリーニング	52
(2) ハイリスクと判断されなかった妊産婦への予防的支援	52
(3) ハイリスク妊産婦への支援	52
6. 特定妊婦について	54
(1) 特定妊婦とは	54
(2) 特定妊婦等の情報提供	54
(3) 特定妊婦の例示	56
V. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの意義と実際	58
1. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの必要性	58
(1) 多領域協働チームの必要性	58
(2) 連携の実際	58
2. 妊産婦に対する支援の枠組みと個人情報の取り扱い	59
(1) 妊産婦に対する支援の枠組み	59
1) 主な相談援助機関	59

2) その他の支援制度	61
3) 子育て世代包括支援センター	63
(2) 個人情報の取り扱い	64
1) 特定妊婦等についての情報提供	64
2) 医療従事者の守秘義務および個人情報保護義務との関係	65
3) 地方公務員である医療従事者の守秘義務および個人情報保護義務…	66
4) 民事責任	66
3. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの実例……	68
(1) 秋田県の取り組み	68
(2) 大阪府の取り組み	75
(3) 大分県の取り組み	82
資料集	89

はじめに

この度、産婦人科医、精神科医、小児科医、助産師、保健師、看護師等、周産期メンタルヘルスを担当する全ての関係者のための「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を発刊するにあたり、この領域の研究開始から今日に至るまでの発展の歴史につき、まず記録に留めておきたい。

妊婦と母親の心の状態に焦点を当てた精神医学・心理学の研究の開始は1960年頃からであり、今日までにすでに50年の歳月が過ぎたにもかかわらず、わが国の多くの産科医師の妊婦の心への関心は始まったばかりである。

本格的な産後うつ病の研究は、1980年代に入りロンドン大学精神医学研究所のChanni Kumarを中心としたグループから始まり、各国の若手研究者たちのアクティブな活動から国際的にも重要な臨床の課題となっていった。中でも国を挙げてこの問題の重要性を認識した英国では、政策として周産期メンタルヘルスへの支援体制の構築を掲げ、今日では地域社会での各関係者の役割まで検討され、その仕組みはできあがっている。

一方、わが国の周産期メンタルヘルス研究人口は少なく、1990年代に入り産後うつ病のスクリーニング用紙であるエジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）の日本語訳を作成した三重大学精神科の岡野禎治、上述のKumarの下へ留学した九州大学小児科から精神科に進んだ吉田敬子、そして、周産期メンタルヘルス領域で用いる様々な尺度の標準化研究を行っていた国立精神衛生研究所の北村俊則等が、この領域のパイオニアとして研究・臨床のその後の展開を支えてきた。

わが国の産科領域で初めて周産期メンタルヘルスに注目したのは、九州大学産科婦人科教授の中野仁雄であった。厚生労働科学研究費による班研究の研究責任者であった中野は、2000年に「妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究」を開始した。翌年のテーマ「産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動」では、班員として産婦人科医と助産師以外に、吉田、岡野、北村らに崎尾英子という4名の精神科医を加え、周産期精神疾患に関する日本における多施設共同研究が初めて実施された。中野班のこの調査で、日本における産後3か月以内の大うつ病性エピソードの発生率が約5%であることが明らかとなった。2000年前後のわが国の産科医療界は、脳性麻痺児や母体死亡による医療訴訟が多く、母児の身体的異常に対する診療内容の改善と医療体制作りに奔走していた時代であった。そのような時代背景もあって、残念なことに中野班で示された妊産婦メンタルヘルスの重要性は、周産期領域の医師には認識されることはなく全国的な展開には至らなかった。

しかし、この研究のリーダー的立場であった3名の精神科医の一人である吉田敬子は、その後、九州大学病院に「子どものこころの診療部」を設立し、教授として研究、臨床、専門領域の人材育成を踏まえた教育だけでなく、福岡市を中心に、妊婦、母と子の心のケアに関する地域貢献について包括的な活動を行っている。岡野禎治は自ら日本周産期メンタルヘルス研究会を立ち上げ、現在は学会に昇格させ、会長として日本のこの領域の学術研究の発展を支えている。また北村俊則は熊本大学精神科教授を経て、現在は北村メンタルヘルス研究所を主宰し、自ら妊産婦の心のケアに当たっている。

この間、2010年頃の日本産婦人科医会では「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の厚労省報告で、0歳児の生後0日での死亡事例が最も多く、その加害者は望まぬ妊娠をした実母であることが明らかとなったことから、産科診療所や病院に「妊娠等で悩んでいる妊婦の相談窓口」を置いてその予防対策を試みた。しかし、望まぬ妊娠をした女性は、診療所や病院に来ることはなく、自宅で出産する場合は最も多いだけにこの事業の転換が求められた。

実際に、診療所や病院で妊婦健診を受けている妊婦の中には、望まぬ妊娠をはじめ、出産育児に不安を持っている、自分の親からネガティブな養育を受けてきた、うつ症状がある等、様々な悩みをもつ妊婦が増えていることから、妊婦健診の項目の一つとして妊婦の心の悩みスクリーニングとその相談まで診療の幅を広げることが求められる時代になっていると考えられた。

しかし、最も危惧されたことは、妊産婦と接する多くの産婦人科医、助産師、看護師等にとっては、妊婦の精神的問題への対応は経験のないことであり、果たして妊婦に資する対応ができるのだろうかという問題であった。

そこで、まず妊婦の心のケアをするための基礎知識や技術を学ぶことから開始することとし、2013年以降、妊産婦メンタルヘルスケアの仕組み作りを福岡県で実践した九州大学の吉田敬子教授に直接の指導をお願いした。医会では母子保健部会の関沢明彦、相良洋子、鈴木俊治等が中心となって、日本の全ての産婦人科医が行うことができる妊産婦メンタルヘルスケアの仕組み作りの作業を以下のように開始した。

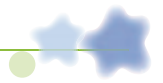
- ① 日本産婦人科医会主催で、毎年「母と子のメンタルヘルスフォーラム」学術集会を開催している。アクティブに活動している各都道府県から開催地を決定しており、昨年の愛知県（名古屋）大会では600名を超える参加者があった。
- ② 産前・産後の妊産婦健診の項目に心の悩みのスクリーニングを加えることで、健診料の増額を国に求めるためには、産婦人科診療ガイドラインへの掲載が必要である。そこで、2016年には、日本産科婦人科学会、日本周産期メンタルヘルス学会、日本産婦人科医会の代表が集まり、産婦人科診療ガイドライン産科編2017に「妊娠中の精神障害のリスク評価の方法は？」などのClinical Questionの掲載に向けて活動した。
- ③ 厚生労働省平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業に、「産前・産後の支援のあり方に関する調査研究」（主任研究員関沢明彦）が採択された。
- ④ この厚労省研究事業の一環として、本冊子である「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」が作成された。このマニュアルは吉田敬子教授の指導の下、妊産婦メンタルヘルスを担当する産婦人科医、精神科医、小児科医、助産師、保健師、看護師等が学んで身に付けておくべき知識と技術の基本をまとめたものである。
- ⑤ 本冊子の内容をもとに、産婦人科医会主催の研修プログラムの受講体制を作ることで「周産期メンタルヘルススペシャリスト」としての資格を付与し、さらに高度な専門家としての修養を求める者には、新たに高度な研修内容テキストを作成する計画である。

本冊子の発刊は妊産婦メンタルヘルスへの参画の第一歩であり、今後、日本全国の全ての産婦人科医、助産師、保健師、看護師等が実施できるように、その基礎知識から実際の診療と地域における精神科医や行政との役割分担と連携を含め、その仕組み作りを進めていく。

この事業のために、終始ご助言とご指導を賜り、また英国の研修システムをご教示いただいた吉田敬子教授と鈴木寛子島根県雲南保健所所長に深甚なる謝意を表します。そして、本事業のために終始尽力してこられた岡井崇副会長と関沢明彦常務理事、相良洋子常務理事、鈴木俊治副幹事長、星真一幹事には厚く御礼申し上げます。

平成29年3月

公益社団法人日本産婦人科医会
会長 木下 勝之



I. 本マニュアルについて

本書は妊産婦の医療とケアに携わるすべての医療行政スタッフが、協働して妊産婦のメンタルヘルスを守るための基本的な考え方と方法をまとめたものである。メンタルヘルスとは精神疾患の有無ではなく、妊産婦が安心して生活を営み、ほどよく十分な愛情をもって子どもと向き合うことができる心の状態を意味している。

日本の周産期医療は、身体管理や治療については、今や世界一の安全性を誇れるまでになっている。しかしその一方で、心のケアが立ち遅れてきたことは否めない。児童虐待を疑う事例は年々増加し続けており、妊産婦のうつ病は、妊娠や出産に関連した身体疾患より頻度が高く、また自殺の頻度も産科異常による母体死亡を上回っていることなどが徐々に明らかになっている。1.57ショック以来、様々な少子化対策が行われてきたにもかかわらず出生数が減少し続けているのは、妊娠・出産・育児に喜びを見出すことができない女性たちの本音の表れと見ることもできるのではなかろうか。

周産期は、女性にとっては母親としての第一歩を歩み始める時期であり、子どもにとってはまさにヒトとしての第一歩を歩み始める記念すべき時期である。そしてここで始まる母と子の愛着形成が、子どもが将来心身共に健やかに成長し、母子と家族そして周囲の人たちと一緒に社会生活を営んでいく中で最も基本的で重要な要素であることは多くの研究が示している。周産期に携わるすべてのスタッフはこの重要性を深く心に刻み、妊娠・出産が母児の双方にとって大きな喜びとなるよう支援していかなければならない。

本書の前半には妊産婦の心理や乳幼児の発達についての基礎知識が、後半には面接の基本、支援が必要な妊産婦のスクリーニング、精神科や小児科との連携について書かれており、最後にすでに実践されているいくつかの地域での多領域協働チームの実例が示されている。特に妊産婦のスクリーニングの項では、産科スタッフが関わる妊娠初期から産後1か月健診までの間のいくつかのポイントで、質問票を使った面接を行うことにより妊産婦のメンタルヘルスの状態を評価し、早期に支援体制を整えるための方法を示している。本書の内容はできるだけ基本的な事柄にとどめているので、これをもとに地域にあった形でのそれぞれのシステムが作られていくことが理想である。また、妊産婦に関わるスタッフにおいては、本書に書かれた内容を習得した後、現場での経験を積み重ねながら、職種に応じてさらにレベルの高い心理療法や家族調整のスキル、多領域連携のマネジメントを行う人材としてスキルアップしていくことが期待される。

本書を利用することにより、周産期に携わるすべてのスタッフがメンタルヘルスに対する偏見をなくし、傾聴と共感の気持ちを持って妊産婦と向き合うことができるようになること、それが本書の何よりの目的である。

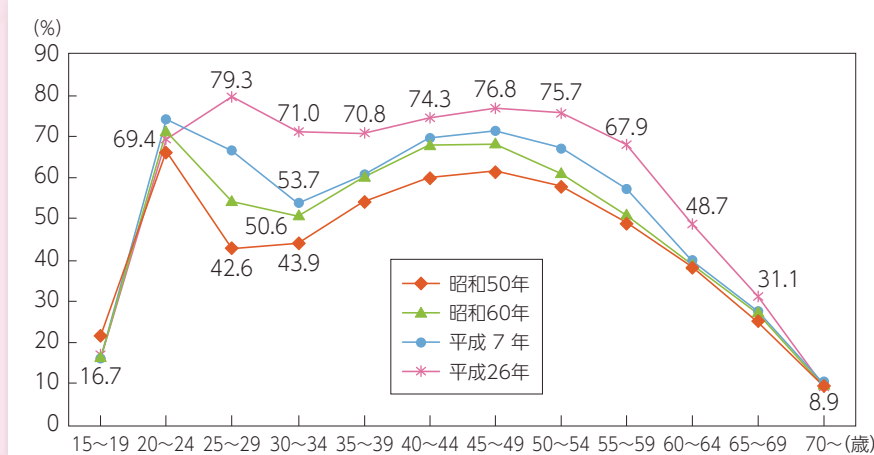
Ⅱ．妊産婦メンタルヘルスの重要性

日本の周産期医療は、戦後の母子衛生対策の整備と昭和 40 年の母子保健法の制定を経て急速に改善し、今や周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率、妊産婦死亡率などの指標は世界のトップクラスとなり、日本は世界で最も安全にお産ができる国になっている¹⁾。それにもかかわらず、少子化問題は改善の兆しがみられず、それどころか最近では子どもの虐待や周産期の精神障害など、周産期をめぐる心理社会的問題が次々と浮上しているのが現状である。将来を担う子どもたちが心身ともに健やかに育つことは何よりも重要なはずであり、周産期の母子を取り巻く問題を明らかにし、その解決に向けての取り組みが求められている。

1．少子化問題と妊産婦メンタルヘルス

男女雇用機会均等法が制定された 1985 年頃から女子の大学進学率や就業率は上昇し、平成 27 年には生産年齢の女性の就業率は 70%を超えている。さらに最近では半数近くの女性が「子供ができて仕事も続ける方がよい」と考えており、その結果、女性の年齢階級別労働力率のグラフは出産世代の落ち込みが顕著な M 字型から徐々に台形のパターンに近づいている（図 1）²⁾。これに伴って晩婚化・晩産化の傾向は今世紀に入って顕著になり、2014 年には女性の初婚年齢は 29.4 歳、第 1 子出生時の平均年齢は 30.6 歳に達している（図 2）。

しかし実際には、働きながら出産した女性のうち、出産後も就業を継続した女性は 4 割



(備考) 1. 総務省「労働力調査(基本集計)」より作成。
2. 「労働力率」は、15歳以上人口に占める労働力人口(就業者+完全失業者)の割合。

図 1. 女性の年齢階級別労働力率²⁾



にとどまっております、仕事を辞めた女性の4割以上が、仕事と育児の両立が困難、解雇や退職勧奨、仕事の内容が変わってやりがいなくなったなど、不本意な理由で退職している（図3）。また結婚したカップルは平均的にふたり以上の子どもを望んでいるが、実際には経済的理由や年齢、心身の疲労などの理由で希望通りには子どもを持っていないのが現状である（図4）³⁾。さらに出生数が減少していく中で、生殖補助医療技術（ART）による出生児

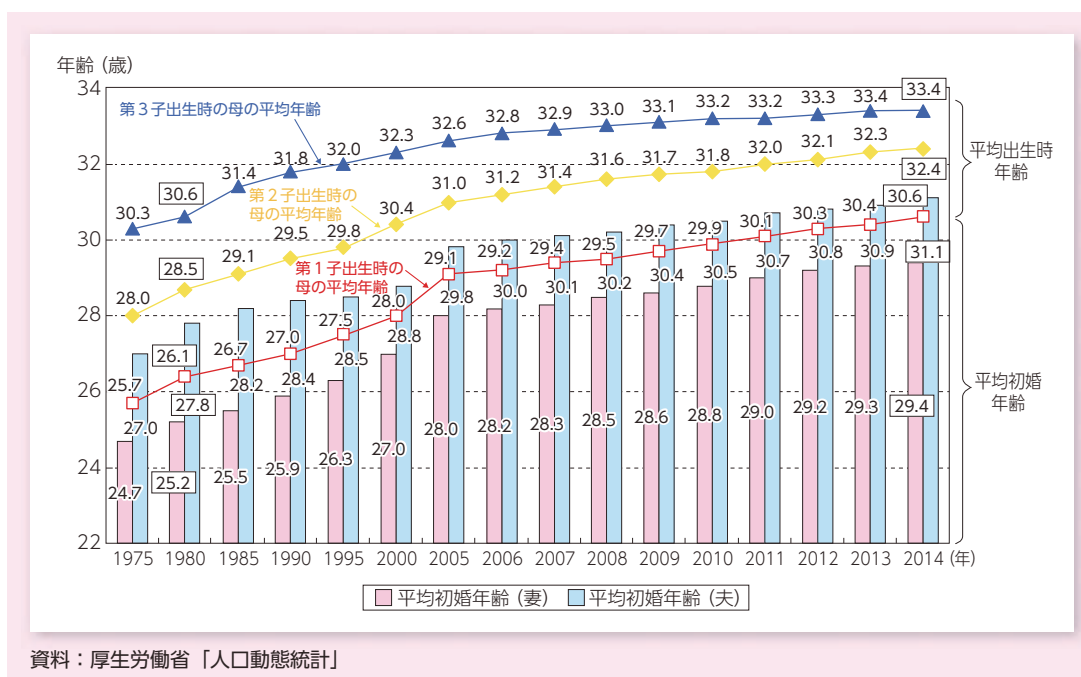


図2. 初婚年齢・出産年齢³⁾

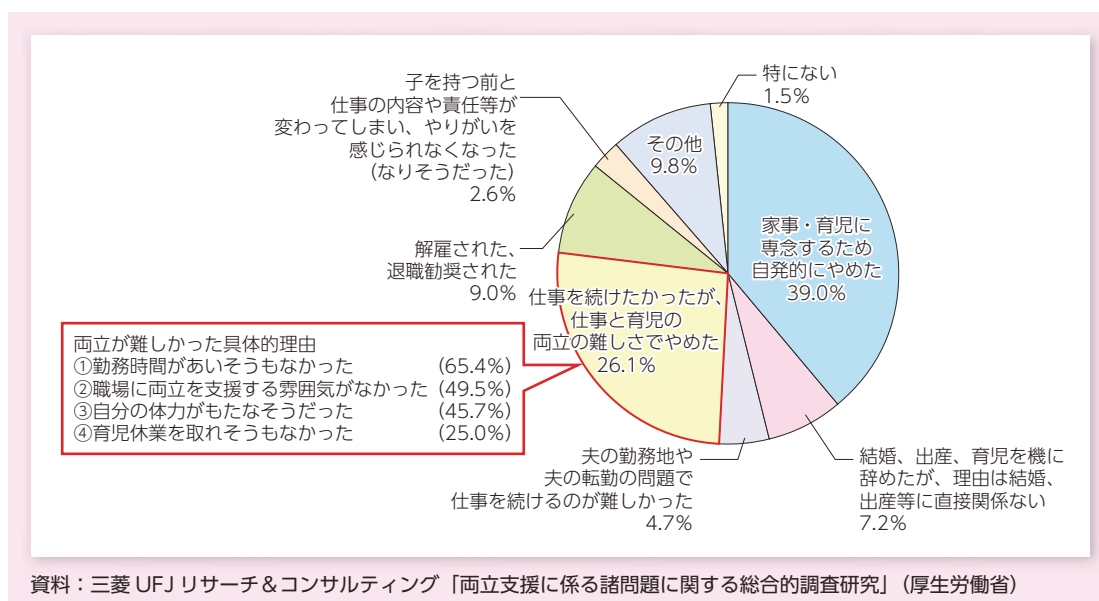


図3. 出産後に仕事を辞めた理由³⁾

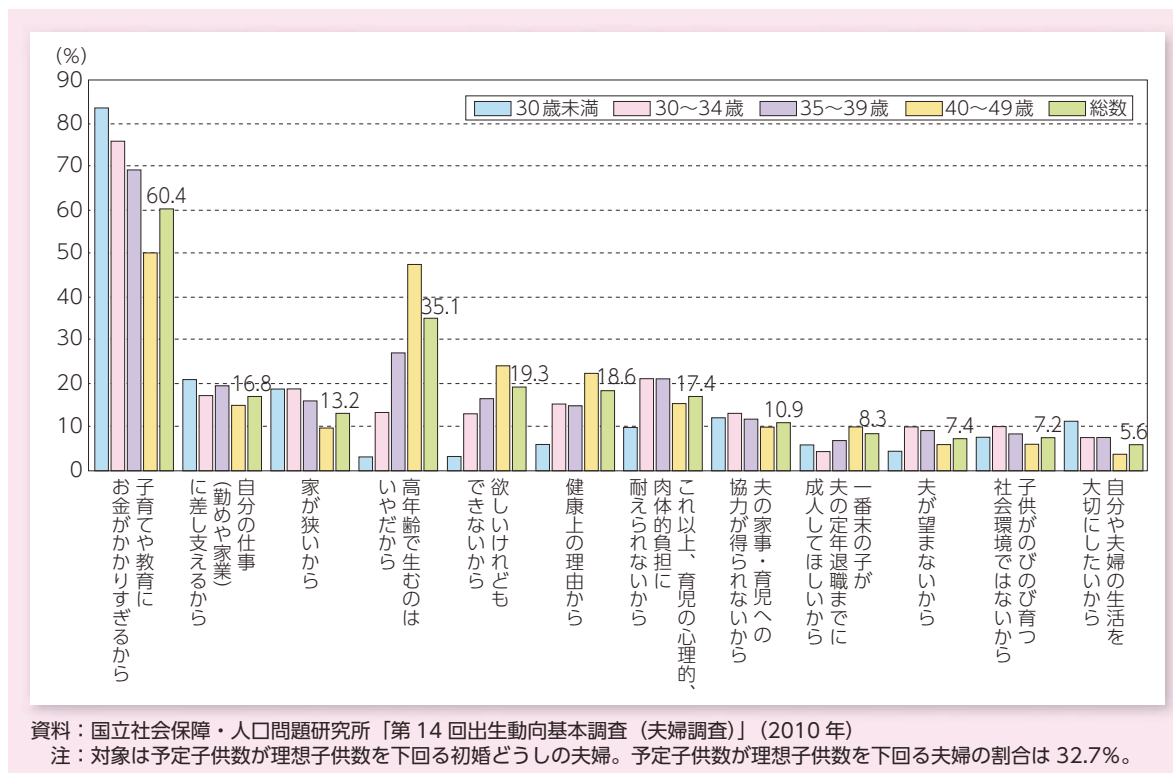


図4. 理想の子どもを持てない理由³⁾

の割合は増加しているが、母親の年齢は40歳前後にピークがあり、仕事のために時期を逸した女性達が最後の手段としてARTを選択する様子が見られる。

このように少子化社会は女性達が子どもを産み育てることに困難を感じている社会であり、時代的な家族関係の変化も加わって妊産婦メンタルヘルスの問題が生じやすい要因が存在している。マタハラという言葉が示すように、職場では妊娠・出産が必ずしも喜ばしいこととして受け止められない場合もあり、仕事と育児の両立は心身の負担が大きく、慢性的な疲労や抑うつの原因になる。また保育所などの育児支援施設の不足により仕事を断念しなければならないような場合には、子どもの存在が負担に感じられる可能性もあり、核家族化のために乳児とふたりきりの時間が続くと情緒不安定に陥ることも考えられる。さらにこのような状態は乳幼児の心にも影響を及ぼす可能性が指摘されている。渡辺は乳幼児精神医学の観点から、少子化社会では①貴重な子どもが親の依存対象になりやすく、育児ノイローゼや児童虐待が起きやすい、②親が子どもの気持ちを理解しようとせず、逆に親の葛藤が子どもに向けられやすい、③家庭内にビジネス原理が持ち込まれ、子どもの心が緊張しやすくなる、④核家族化のために基本的な家族構造が確立しにくく、子どもの成長に伴う変化によって親の葛藤が再燃しやすくなる、といった問題を挙げている⁴⁾。

少子化という現象は、男女が平等に働ける社会になったものの、リプロダクションという観点からみると、時間的・経済的・心理的余裕がないために子供を産み育てにくい社会



になっていることの現れとみることもできる。人口問題研究所によると、今後しばらくの間は少子化が続き、人口は減少していくと予測されている。これに伴って妊産婦のメンタルヘルスの様相も変化していく可能性があるが、社会や時代の変化に合わせて柔軟な形で支援体制を整えていく必要がある。

2. 妊産婦メンタルヘルスの現状

少子化が続く中で、数少ない貴重な子供たちが大切に育てられ、幸せな幼少期を過ごしているかという点、必ずしもそうではないことを示す事実が徐々に明らかになっている。ここでは妊産婦のメンタルヘルスの問題がどのような事態を引き起こしているか、または将来引き起こす可能性があるかについて、最近の知見を紹介する。

(1) 児童虐待

厚生労働省が発表している児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々増加しており、平成 27 年度は 10 万件を超え、過去最多を更新した（図 5）。虐待の内容でみると、身体的虐待やネグレクトの割合は徐々に減少している一方で心理的虐待が増加しており、こ

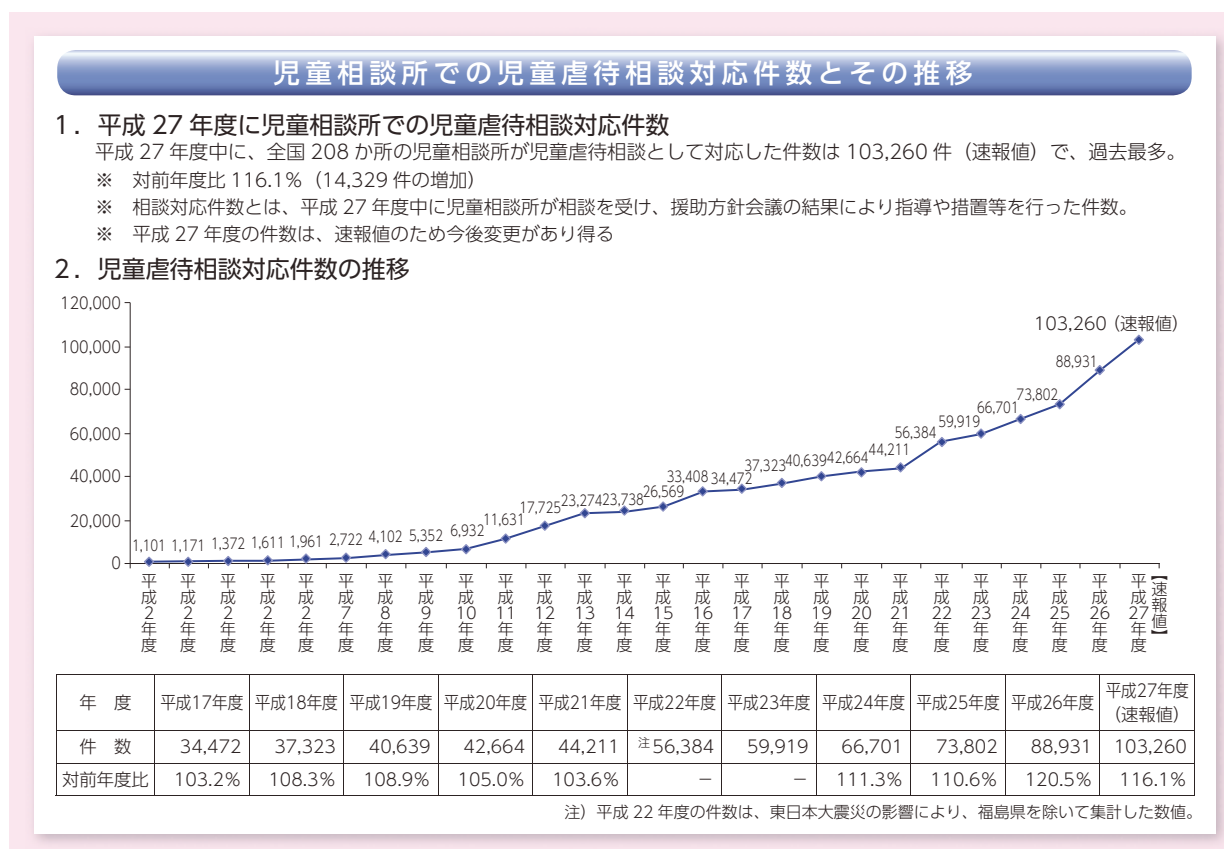


図 5. 児童相談所での児童虐待相談対応件数⁵⁾

れは子供の面前での配偶者暴力（面前DV）の増加が一因と考えられている⁵⁾。

一方、虐待による死亡事例は、社会保障審議会専門委員会の第12次報告（平成26年4月1日～平成27年3月31日）によると64例（71人）と報告されているが、心中以外の虐待死44人のうちでは0歳児が27人（61.4%）で最も多く、さらにそのうちの15人（55.6%）は日齢0日での死亡であった。加害者は心中以外の虐待死および心中による虐待死のいずれも実母が最も多く（それぞれ63.6%、85.2%）、これらの数字は第1次報告から第12次報告に至るまでおおむね同様の傾向である。動機としては、心中以外の虐待死では「子供の存在の拒否・否定」が最も多く（31.8%）、特に3歳未満ではこの割合が高くなっている（50%）。心中による虐待死では保護者自身の精神疾患・精神不安が59.3%で最多であり、次いで育児不安や育児負担感が33.3%と続いており、精神疾患の存在と育児の負担が大きな要因になっている⁶⁾。

（2）妊産婦の自殺

欧米では、産後1年未満の後発妊産婦死亡の原因として産後うつ病をはじめとする精神疾患による自殺が少なくないことが知られていたが、日本ではその実態はほとんど明らかにされていなかった。2016年、竹田は東京都監察医務院との共同で、2005～2014年の10年間に東京23区で発生した妊産婦の異常死を分析し、この間に63例の自殺が起こっていたことを発表した（妊娠中23例、産褥1年未満40例）⁷⁾。この数字は産科異常による妊産婦死亡率（東京都）の2倍以上であったことが大きな衝撃であったが、さらに自殺した妊婦の約4割がうつ病または統合失調症であったこと、産婦の6割が産後うつ病をはじめとする精神疾患を有していたことが明らかになり、妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性を再認識させる重要な報告であった（図6）。

（3）妊婦の心の状態と子どもの発達

妊娠中の母親が抱える不安やストレスが出生後の子どもの情緒や行動に影響を与える可能性については動物実験では以前から知られていたが、今世紀になりヒトでも同様であることが確認された。O'Connorらは、妊娠32週時に質問票で得た妊婦の不安の強さが、出生後81か月の子どもの行動や情緒の障害（過活動、情緒障害、関係性の障害）と密接に関連していたことを報告した（図7）⁸⁾。妊娠中の不安は産後の不安や産後うつ病よりも強い相関があり、O'Connorらはこの結果は胎児期に既にこれらの障害を発症するメカニズムができていることを示すものであり（プログラミング仮説）、胎児がストレスによって過剰に分泌される母親のコルチゾールに長期間さらされていることが一因である可能性がある」と述べている。

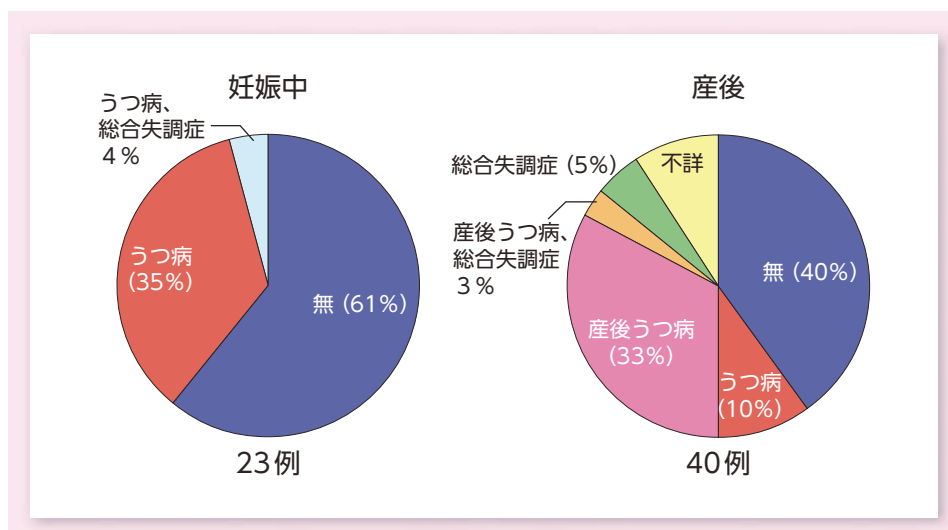


図6. 妊産婦の自殺と精神疾患⁷⁾

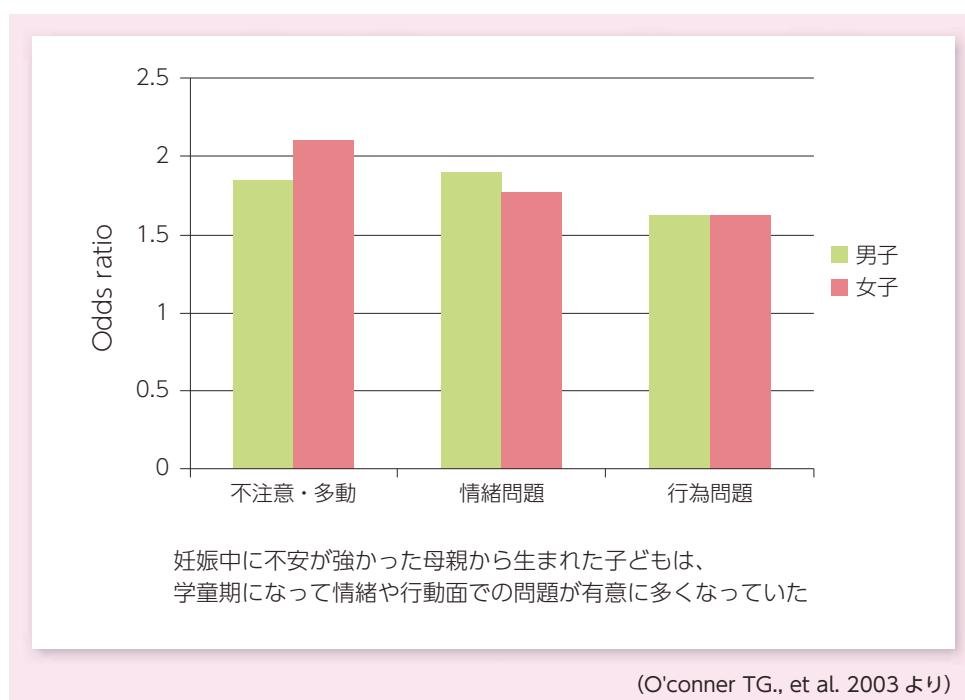


図7. 妊娠中の母親の不安が子どもの発達に及ぼす影響⁸⁾

(4) 虐待が子どもの脳に及ぼす影響

虐待経験のある子どもにてんかん様の症状が見られることは以前から気づかれていたが、1990年代になり、実際に脳波や神経心理学的検査で異常が見られることが明らかになってきた。さらに21世紀に入り、MRIをはじめとする画像診断を用いた研究により、虐待を受けた子どもの脳には器質的変化が起こることが相次いで報告された⁹⁾。この中で友田は、子供時代に性的虐待を受けた女性では視覚野の容積が有意に減少していること、

暴言虐待を受けた男女では聴覚野の容積が有意に増加していること、さらに厳格体罰を受けた男女では感情や理性をつかさどる右前頭前野内側部、実行機能と関係のある右前帯状回、認知機能がある左前頭前野背外側部の容積が有意に減少していることを報告している（図8）。友田はこのような変化が起きる機序として、被虐待者の脳の発達外界の刺激に過剰に反応して障害をきたしやすくなっており、その結果として脳の活動性が落ち、脳の様々な構成要素を含んだネットワーク形成不全が起こっている可能性があると言っている。友田は成人を対象にした認知行動療法がこの異常を改善したという報告があることから、多様な治療で改善できる可能性があると言っているが、虐待を防止または可及的早い時期から介入することによりこのような変化を最小限に抑える努力が重要であることは言うまでもない。

男女雇用機会均等法以来、女性の社会的役割には大きな変化が起こり、今や「一億総活躍社会」が謳われるまでになっている。しかしリプロダクションの観点から見ると、ライフサイクルの中の適当な時期に妊娠・出産・育児を位置付けることが困難になり、その結果、若者たちの晩婚化・晩産化という現象が進んでいる。また、現代の家族の形態や社会の価値観は、妊産婦や乳幼児にとって必ずしも安心・安全な環境を与えているとは言い難く、児童虐待の増加や妊産婦の自殺は背景にある問題の大きさを示唆している。一方、最近の知見は、胎児期から乳児期の子供の心身の状態が将来の健康に多大な影響を及ぼすことを示しているが、これは身体面だけでなく心理面でも同様である。特に心理面での健康は、将来の人間関係の形成や社会適応の面で大変重要な要素であり、いわば子供たちが将

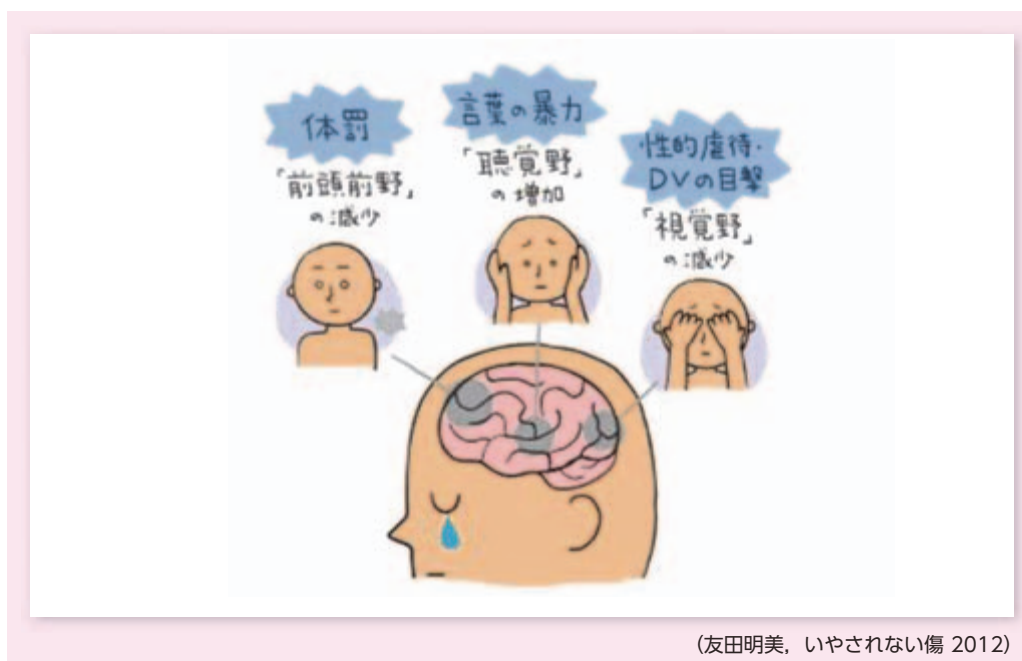


図8．虐待が子どもの脳に及ぼす影響⁹⁾



来、社会的存在として生きていくことの基礎がこの時期に形成されると言っても過言ではない。この時期の子供たちの心の健康は、健康な母親との親密な関係が基本であり、その意味で妊産婦のメンタルヘルスの重要性はいくら強調してもしすぎることはない。今後の周産期医療は母と子の「命」だけでなく「心」を守ることにも目を向けていく必要がある。

- 1) 公益財団法人母子衛生研究会（編集協力）：Ⅰ．母子保健行政の歴史、Ⅱ．母子保健の水準。わが国の母子保健，7-35，母子保健事業団（東京）2016
- 2) 内閣府男女共同参画局：男女共同参画白書 平成 27 年版
http://www.gender.go.jp/about_danjyo/whitepaper/h27/gaiyou/index.html
- 3) 内閣府：少子化社会対策白書 平成 28 年版
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/>
- 4) 渡辺久子（著）：少子化時代の精神療法。（新訂増補）母子臨床と世代間伝達，37-45，金剛出版（東京）2016
- 5) 厚生労働省：平成 27 年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数（速報値）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000132381.html>
- 6) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 12 次報告）2016
- 7) 竹田 省：妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦，日産婦誌，68（9）：1815-1822，2016
- 8) O'Connor TG, Heron J, Golding J, et al.: Maternal antenatal anxiety and behavioral/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4（7）：1025-1036，2003
- 9) 友田明美（著）：第Ⅲ章 虐待によっておこる脳の変化。（新版）いやされない傷，48-105，診断と治療社（東京）2012

Ⅲ．妊産婦メンタルヘルスの基礎知識

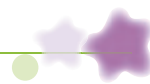
1．妊産婦の心理

女性は思春期から始まる生理的変化と社会との相互作用の中で、子どもを授かり育てる心の基盤を養っていくが、妊娠が判明した時、本格的に母となる心の準備が始まる。妊婦は、お腹にいる子どもや出産後の生活に想像を膨らませ、期待や怖れの狭間を揺れ動く。妊娠悪阻や体型などの身体的変化は自らがもつ身体イメージを不安定にするが、その一方で母親としての新たなアイデンティティへの変換を促していく。胎動を感じ、常に母子一体であるという感覚は圧倒的な責任感をもたらし、母性の芽生えと共に防衛本能の高まりが見られる。出産が近づくにつれ、想像上ではない現実の子どもとの出会いに向けて、さらに心を準備し、母親としてのアイデンティティを形成していく。出産時には、これが母子双方の命がかかった重大な仕事であることを本能的に感じる。主体的に出産をやり遂げたという感覚は達成感と母親としての大きな自信をもたらす。産後は生活スタイルや対人関係が一変し、予測不能な育児が24時間休みなく続くことを実感する。母親の疲労は蓄積するが、それでもなお子どもを保護しなければならないという本能が育児へと駆り立てる。言葉を話せない乳児と関係を築くことは、自分の母親としての能力と向き合うことでもあり、自己肯定感が揺らぎやすく、母親としての自分に対する周囲からの温かな承認を求める気持ちが高まる。周囲からのサポートを得ながら、母親としてのアイデンティティを確立していく中で、やがて母親は完璧な育児などない、ほどほどに妥当な自分らしい育児をするしかないことに気づいていく。

2．妊産婦メンタルヘルスの不調と障害

(1) 妊産婦にみられることの多い不安と心配

妊娠期から子どもの命を脅かす事態への警戒心が自然に強まる。お腹の張りなど自らの身体感覚を敏感に察知し、感染症、喫煙、飲酒、薬の内服など胎児への悪影響を心配し避けたいと願うのは母性の表れと言えるが、食事内容や衛生面などあらゆるものに不安の対象が拡大し、緊張状態が持続することも少なくない。また、切迫流産、切迫早産など、自己制御できない自らの身体と対峙し、子どもを失うかもしれないという不安にさらされ、自己効力感の低下、自責感などが生じやすい。不妊治療や過去の妊娠における喪失体験がある妊婦においては妊娠継続の不確実性への不安が一層高まる。また、近年は胎児診断技術の発展とともに、胎内にいる時期から子どもに関する多くの情報を知ることができるが、まだ見ぬ想像上の子どものイメージが膨らんでいる時期に、子どもに障害が見つかった場合、母親の不安は高まり、子どもは自分を脅かす存在として恐れや否定的な認知が強まる



こともある。

出産もまた、予期せぬ早産や緊急帝王切開、大量出血など、母親自身あるいは子どもが死ぬかもしれないという不安や恐怖をもたらす。出産が母親の主体性を揺るがせる体験となると、自己肯定感の低下や自責感が強まり、母親としての自信を喪失することもある。

産後早期には、自分を頼る無力な赤ちゃんを前にして責任感が強まり、子どもに変化がみられないかどうか、母乳が足りているかどうかなど心配することが増え、医療スタッフの何気ない一言にさえ敏感に反応し傷つくこともある。これは「建設的な傷つきやすさ」¹⁾とも言われ、母親としてのアイデンティティの形成が加速している表れと考えられる。

分娩施設からの退院直後や、里帰りから自宅に戻った時期に子どもと二人きりになると、ひしひしと自分が担う母親としての役割の大きさを感じると同時に、孤独感や不安を生じやすい。子どもを危険から守るという責任感から、窒息するのではないかと、湯船で溺れるのではないかと、という絶え間ない心配をもたらす、緊張状態が持続する。泣き止まず、ミルクを飲んでくれず、想像とは異なる現実の育児に戸惑い、無防備な子どもに怒りを向けてしまうと自分が母親として失格なのではないかと不安になり、自責的になりやすい。

(2) 妊産婦にみられる気分障害と神経症性障害

気分障害には、うつ病と双極性障害が、神経症性障害には、パニック障害、社交不安障害、全般性不安障害、強迫性障害などがある。それぞれの疾患の特性、個々の重症度により対応が異なるため、妊娠中からの疾患ごとの評価や対策を要する。妊娠後に発症するものとしては、特に産褥期に顕在化することが多いが、重症度や頻度からも、うつ病がもっとも重要視され、自殺予防対策が課題になると考えられる。これら精神疾患に対する治療は、地域の保健師や助産師などによるケアのみでは不十分な中等度以上の例では、精神療法や薬物療法が必要となるため、精神科への受診につなぐことが重要である。なお、希死念慮が切迫している場合は、精神科での入院加療を検討することになる。精神科の入院には、一般の場合と異なり、患者の意志に基づく任意入院の他、病識が欠如し保護義務者と精神保健指定医の判断による医療保護入院、自傷他害の危険性が高くもっとも強制力のある措置入院などの複数の形態がある。



(3) 妊産婦にみられる精神病性障害

代表的な疾患は統合失調症であり、妊娠中からの支援が重要である。産褥期に発症するものとして、産褥精神病があるが、頻度は少ないものの自殺の危険性が高く、

医療保護入院や措置入院などの強制的な入院を要することが少なくない。

（４）妊産婦にみられる知的障害や発達障害

妊娠中の身体管理が不十分な妊産婦や、飛び込み出産で来院する妊産婦は、知的障害の基準を満たさないものの、境界域の知的な問題を抱えていることがある。また、対人コミュニケーションに問題を抱えた自閉症スペクトラム障害の妊産婦も育児に支障をきたすことが予測される。これらの疾患は、精神科的な薬物療法で改善が得られるものではないが、育児に関する支援を検討する上で重要と考えられる。

３．母子の関係性（母子相互作用）

母乳を与える際に子どもが乳頭を吸啜することで母親の体内でオキシトシン、プロラクチンが分泌され、母親の情動が安定し、母性行動が促進されると言われる。母親は子どもを抱き、子どもが抱っこされ、見つめ合い、触れ合う。母親が子どもの声の調子に合わせて応答し、体を揺らしたり、声をかけあう。このように母子が双方向性に内的な状態を共有することで、情緒的な相互交流が生まれる。母子の関係性は、母子相互作用の中で構築されていくのである。



（１）母親のわが子に対する情緒的絆

妊娠期から母親は、胎内に宿る新しい命に想いを馳せる。理想化された完璧な子どもを想像したり、自分でないものが胎内で育っていくことに違和感を覚えたり、と両価的な感情を抱いている。それらの情緒の形成には、母親自身を取り巻く環境が影響を与える。周囲との信頼できる関係性の中で、温かいサポートに包まれている母親は、子どもへの肯定的感情を育むことができる。信頼できる関係性が得られていない、あるいは自らが親子関係に対する葛藤をもつ母親は、子どもへの適切な情緒の形成が阻害されやすい。

このように、妊娠期から母親は子どもへの慈しみ、恐れ、期待など様々な情緒を抱いているが、やがて胎動を感じ、お腹をさすり、声をかけ、子どもとの情緒的交流が進む中で、少しずつ、子どもを世話し、守りたいという気持ちが生じていく。母親の子どもに対する情緒的絆は、一般にボンディングと言われる。

（２）母親のわが子に対する情緒的絆の障害

母親のわが子に対する情緒的絆（ボンディング）の形成力の低下や欠如がみられる状



態はボンディング障害と言われる。「子どもに対して何も感じない」、「自分の子どもではないように感じる」と訴える情緒的絆の欠如の状態から、「子どもと二人きりになると不安になる」という不安の状態、子どもに対して病的な怒り、拒絶を生じる重度の状態まで様々な反応がみられる。その原因については、母子相互的であり、母親側の妊娠を望まない気持ちや、子ども側の病気などに伴う社会的反応の遅れ、親自身の否定的な養育体験などが指摘されている²⁾。多くの母親は、そのような感情を抱いていることに対する「恥」の感情があり、自分の気持ちを押し隠す。そのため、スクリーニング質問票を使用することが母親の気持ちを知る手掛かりとなる。「赤ちゃんへの気持ち質問票」はわが子への情緒的絆について調査する簡便な質問票であり、1歳未満の児を持つ母親に実施する。支援者は母親と信頼関係を築いた上で、陽性点数がついた質問項目について詳細な聴き取りを行い、子どもに対する母親の感情を把握する。母親がネガティブな感情や拒絶的な態度を批判されることなく率直に表現できるよう配慮することが望ましい。ボンディング障害の背景に、パートナーとの関係、自分の親との関係、経済的事情、会社や学校などの社会的事情などの要因が存在することもある。子どもに対するネガティブな感情の強さやそれに伴う行動などの把握を含めて総合的に評価を行い、支援を検討することが望まれる。



(3) 乳児の愛着形成

乳児が保護を求めて泣き、親（養育者）にしがみつき、後追いし、近づこうとする本能的な行動を愛着行動と呼ぶ。親（養育者）がその要求に適切に応じ、安心感を与えると、子どもは親を保護してくれる対象として認識し、自己を保護される価値のある存在であるとして自我が育まれていく。親（養育者）は自分が保護し充足感を与えることのできる子どもの存在を慈しみ、さらに世話し、守りたいと感じ、ボンディングが発達していく。このような親（養育者）と子どもの相互の情緒的交流がなされることを愛着形成と呼ぶ。ボンディングの発達を促進する子どもからの愛着行動があり、ボンディングによって子どもの安定した愛着行動が引き出されるといった双方向性に愛着は形成される。

4. 乳幼児の発達

(1) 定型発達

子どもは、子宮内から外の世界へ出て、肺呼吸に切り替わり、自分自身で循環、呼吸の維持を始める。この切り替えを表す産声は、生命維持には欠かせない外界への適応のひと

つである。

生まれてまもない新生児も、すでに社会性をもっており、人の顔に好んで反応し、親とのやりとりを通じて関係性の中でこころを豊かにしていく。胎児の感覚機能は、胎児期より発達が見られる。触覚は、受胎後 7.5 ～ 18 週、味覚・嗅覚は、12 ～ 14 週、聴覚は、20 ～ 24 週、視覚は、23 ～ 25 週（対光反射は 30 ～ 35 週）から発達し³⁾、出生時には、高い感覚機能が備わっている。これらの感覚が心地よさなどの感情と統合された形で知覚され、自分の世界を学んでいく。Stern は、一つの知覚様式から受信した情報を別の知覚様式に変換する能力を無様式知覚⁴⁾と呼び、子どもには相手の気持ちを敏感に察知する力があり、親の情緒の変化や緊張を感じ取り、その情動に調律して、同じように緊張したり落ち込んだりすると言われている。これは、他者の信念や考えを把握する認知の能力である「心の理論」にもつながる大切な機能である。

子どもは、生後 5 ～ 6 か月頃になると母親など見慣れている養育者に対して微笑するようになり、見慣れない人には緊張するようになる。さらに 8 か月頃には見知らぬ人に対しては、顔をそむける、泣く、母親にしがみつくななどの回避反応を示すようになる。これが人見知りとして表現される。このような特定の結びつきによって、子どもは自分の訴えや要求に応えたり、欲求を満たしたりする親（養育者）との間に愛着（attachment）を形成し、養育者の後をついて回ったり、離れると泣くなどの反応をするようになる。この信頼関係は、子どもの探索行動を可能とし、子どもが親（養育者）を「安全基地」としな



がら探索を繰り返していくことで世界を広げていくためのとても重要な機能である（Bowlby）。安全で守られた環境の中で、子どもの心も豊かに発達していく。その過程で、人見知りや後追い等、親への負担が大きくなる時期もある。しかし、このしがみつきは将来の子どもの心の発達の肥やしになっていくものであり、子どもの発達に合わせた理解と対応が不可欠である。

（２）親のメンタルヘルスと子どもの発達の間連

妊娠期の母親のうつや不安症状は、幼児期の注意障害⁵⁾、学童期の IQ の低下⁶⁾ および内在化および外在化問題行動などとの間連が指摘されており、これらの影響は、思春期後期まで続くと想定されている^{7) 8)}。加えて、胎児の兄姉にあたる子どもの死や、災害、戦争、家庭内暴力などの妊娠期のストレスも生まれてくる子どもの長期的アウトカムに影響するとされ、胎児プログラミング仮説が提唱されている⁹⁾。このように、妊娠期からの母親のメンタルヘルスと母親を取り巻く環境が、生まれてくる子どもの将来の発達に影響を



及ぼす重要な因子になっている。

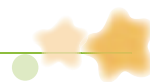
産後は親と子の身体的、情緒的な相互交流の中で、子どもの行動や情緒が発達していく。Still Face（無表情）実験¹⁰⁾では、親が乳児と向かい合ったまま、急に表情や動き、発声など子どもへの働きかけを全て止めると、子どものポジティブな感情表出が減り、ネガティブな感情表出が増えるという結果が得られている。同時に、乳児の覚醒水準が上がり、指しゃぶりなどが増え、親から視線をそらせる一方、親の注意を引こうとして微笑んだり発声したりする行動も見られる。このように、実験上の短時間においても親の感受性や応答性は子どもの感情表出や行動に変化を及ぼす。したがって、親のメンタルヘルスの不調や社会的事情によって長期間にわたり親子の相互交流が阻まれると、子どもの発達に多大な影響が及ぶと考えられる。

また、乳幼児期の子どもは、親（養育者）との愛着形成により、相手への信頼感を育む。この基本的な信頼感を心の拠りどころとして、子どもは行動範囲を広げ、他者との交流の中で自己肯定感や社会性を身に着けていくことが可能となる。つまり、生後早期の親（養育者）との愛着形成は子どもの情緒や社会性の発達に重要な意義をもつ。親（養育者）が子どものニーズを汲み取り、ほどよく応じることが出来る存在として機能するためには、親（養育者）のメンタルヘルスは重要である。そのためには、親（養育者）自身にも情緒的なケアがなされ、信頼できる関係性によって支えられる環境基盤が必要である。

-
- 1) スターン DN（著）、北村 婦美（訳）：母親になるということ 新しい「私」の誕生、創元社（東京）2012
 - 2) Brockington I. : Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. Psychopathology, 44: 329-336, 2011
 - 3) Lecanu JP, Schaal B. : Fetal sensory competencies. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 68: 1-23, 1996
 - 4) スターン DN（著）、小此木啓吾・丸田俊彦・神庭靖子・神庭重信（訳）：乳児の対人世界 理論編、岩崎学術出版社（東京）1989
 - 5) Van Batenburg-Eddes T, Brion MJ, et al.: Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. J Child Psychol Psychiatry, 54 (5) : 591-600, 2013
 - 6) Evans J, Melotti R, Heron J, et al. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. J Child Psychol Psychiatry, 53 (6) : 632-40, 2012

- 7) Gentile S,: Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. Neuroscience. 342: 154-166, 2017
- 8) Jarde A, Morais M, Kingston D,et al.: Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry, 73 (8) : 826-37. 2016
- 9) Glover V . Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 28 (1) : 25-35, 2014
- 10) Tronick E, Als H, Adamson L,et al.: The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. J Am Acad Child Psychiatry, 17 (1) : 1-13. 1978





Ⅳ. 妊産婦メンタルヘルスケアの実際

1. 妊産婦への対応の基本

(1) 基本的な接し方

心構え

メンタルヘルスケアの基礎をなすのは医療者としての良識である。相手をひとりの人間として尊重すること、優しく温かみのある感情をもつこと、礼儀と礼節をもって誠実に接することなどによって安心と信頼が生まれ、そのうえで傾聴や共感といったメンタルヘルスケアの技能がうまく機能するようになる。

事前の準備

事前に場と時間の準備をすることは大切である。プライバシーに配慮し、頻繁に人が出入りするような場所は避ける。ただし、完全な密室ではなく、ほどよく人の気配があるくらいがよい。同席者があれば席を外してもらうべきか確認する。慣れないうちは十分な時間を確保し、電話や他の用事で中断されないように段取りする。

話の導入

導入として、これからなぜ心の問題について話そうとするのか、その目的や理由を明らかにしておく。それによって、相手は何をどこまで話してよいのか、見当をつけやすくなる。話したくないことは無理に話さなくてもよいことも伝える。興味本位の不必要な詮索は慎むべきである。

傾 聴

傾聴の目的は、相手を理解するための情報を得ること、話をさせることで思考や感情を整理させること、それらを通して相手と良好な関係を築くことである。

傾聴では先入観を排除し、事前情報や予見を棚にあげた状態で、ひとまず相手の話を最後まで聴く。途中で色々な考えが浮かんでも、話が終わらないうちに自分の話をはじめてはならない。話が分かりにくいときは、話の腰を折らないように注意しながら簡潔に質問や確認をする。

共 感

一般的に共感とは相手の気持ちが分かり、同じように感じることを言う。相手と自分が異なる人格である以上、真に共感することは不可能であるが、それでもなお相手を分かりたいと願う態度が、治療的に意味のある共感につながる。共感するためには、その人がこれまでどのような人生を歩んできたのか、どのような考え方や感じ方をする人物なのかを知り、その上で、今起こっている状況が無理なく腑に落ちるように理解できることが必要である。

(2) 把握しておきたい情報と情報収集の仕方

心理・社会的側面のアセスメントには横断面の評価（現在の状態像）と縦断面の評価（現在に至る経過）とがあり、それらの情報を過不足なく収集する。唐突な問診は尋問されているような不快感を与えるため、話の導入に十分配慮する。言いにくいことを無理に話さなくてもよいが、必要なことならば率直に尋ねる。本人以外からの情報があるときは、その情報源を明記しておく。

(3) 見逃してはいけない言葉や表情

上の空でぼんやりしている、なんでもないことで涙ぐむ、目を合わせない、おざなりな返答であるなどの態度や、自殺や虐待をほのめかす発言は見逃してはならない。何となくいつもと様子が違うといった漠然とした印象も軽視すべきではない。これらの言動に気づいた場合、まずはこちらが心配していることを伝え、「何かありましたか？」と自然な態度で質問するようにする。

(4) 言ってはいけない言葉

「頑張れ」「なせばなる」など紋切り型で具体性のない言葉は不誠実な印象を与える。また、安易な励ましはかえって相手を追い詰めることにもなる。

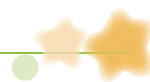
「気持ちはよく分かります」「あなたのためです」などは「他人に何が分かるのか、余計なお世話だ」という反感を引き起こす。「私は〇〇と感じます」「あなたに〇〇であってほしい」といった主体性のある言い方をこころがける。

「どうして〇〇しなかったのですか」と過去の行為を否定形で尋ねるのは、批判に聞こえやすい。「どうして〇〇したのですか」という肯定的な表現にするか、理由が知りたいという意図を丁寧に補足する。

同じ言葉でも関係性と文脈によって受けとめ方は違ってくる。失言を防ぐために重要なのは、その言葉が相手にどう響くかを常に考えることである。

(5) 家族への接し方～正しい協力を得るために～

本人だけでなく家族もまた何らかの問題を抱えていることがあり、本人をとりまく家族全体をケアするという意識をもって接していくとよい。立場によって物事の捉え方は変わるものであり、家族と本人とで述べることで食い違ったとしても、どちらかが間違いであるなどと単純に言えることではない。すぐに結論は出さず、複数の人の話に耳を傾け、総合的に判断するようこころがける。



2. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング

(1) スクリーニングの必要性

なぜ周産期にメンタルヘルスのスクリーニングを行うのか？

周産期は精神疾患の発症や、再発、増悪のリスクが高まると言われている¹⁾。特にうつ病について様々なエビデンスが明らかになっている。

<妊娠中のスクリーニング>

- ・妊娠中のうつ病は約 10% にみられる。
- ・妊娠中のうつ病のリスク因子は、妊娠中の不安、ライフイベント、うつ病既往、ソーシャルサポート不足、家庭内暴力、望まない妊娠などである²⁾。
- ・妊娠中のストレスや抑うつ、不安は、早産や低出生体重児といった産科的合併症、長期的な子どもの情緒とその発達に影響する³⁾。

<産後のスクリーニング>

- ・産後は 10 ～ 15% 前後にうつ病がみられる。
- ・産後うつ病のリスク因子は、精神疾患の既往、妊娠中のうつ症状や不安、ソーシャルサポート不足などである⁴⁾。
- ・産後うつ病は産後数か月以内に発症し、好発時期は産後 4 週以内である⁵⁾。
- ・英国における妊産婦死亡の調査で、死因のトップが自殺であり、自殺の原因にうつ病の占める割合が多い⁶⁾。日本においても妊産婦死亡に占める自殺の割合が多い⁷⁾。
- ・母子心中や嬰兒殺しの背景には産後うつ病が関連する事例がある。
- ・産後うつ病は、母子関係や長期的な子どもの情緒とその発達に影響する⁸⁾。
- ・母親のうつ病は父親のうつ病に関連し、周産期における父親のうつ病発症は増加する⁹⁾。

以上より、

1. 周産期のうつ病は、発症頻度や発症時期が分かっているのでスクリーニングのタイミングの的が絞しやすい。
2. リスク因子が明らかであり、スクリーニングの項目に何を入れるか、何を把握するべきかがはっきりしている。
3. 妊婦のストレスを把握しケアすることで産科的合併症の増加や出産に伴う子どもへの影響を少なくできる可能性が報告されているため、妊婦のスクリーニングを試みる価値がある。

4. 産後うつ病の母親は自分からはケアを求めないため¹⁰⁾、医療保健従事者側から積極的にスクリーニングして働きかける必要がある。
5. 周産期は、医療保健従事者に頻回に接触する時期であり、周産期にメンタルヘルスのスクリーニングを行うことが可能である。
6. 児や家族への好ましくない影響を予防できる可能性がある。

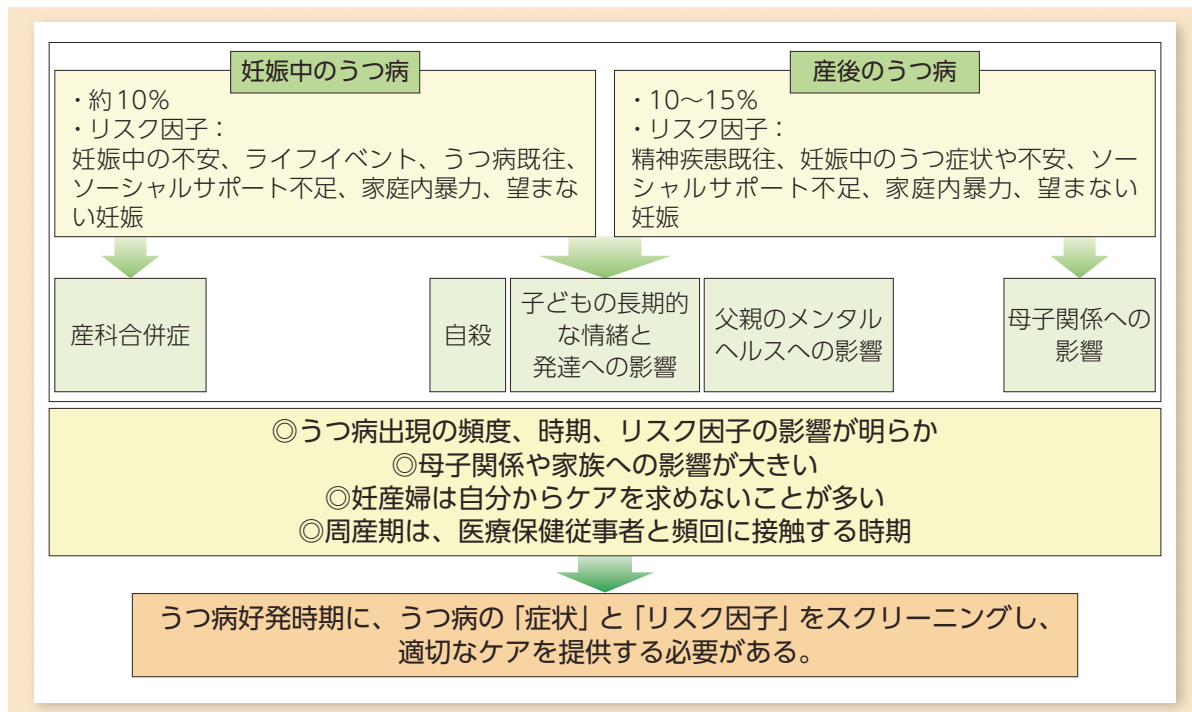
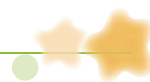


図1. 妊産婦メンタルヘルスのスクリーニングの必要性



- 1) Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, et al. : Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. JAMA Psychiatry, 70:168-175, 2013
- 2) Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al.: Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol, 202 (1) : 5-14, 2010
- 3) Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al.: Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet, 384 (9956) : 1800-19. 2014
- 4) Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al.: Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. J Affect Disord, 108 (1-2) : 147-57, 2008
- 5) Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, et al.: Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. J Affect Disord, 58 (2) : 145-54, 2000
- 6) Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13.
- 7) 竹田省：妊産婦死亡 "ゼロ" への挑戦 . 日産婦誌 , 68 (9) : 1815-1822, 2016
- 8) Murray L, Cooper PJ. : Postpartum depression and child development. Psychol Med, 27 (2) : 253-60, 1997
- 9) Paulson JF, Bazemore SD.: Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. JAMA, 303 (19) : 1961-9, 2010
- 10) Geier ML, Hills N, Gonzales M, et al.: Detection and treatment rates for perinatal depression in a state Medicaid population. CNS Spectr, 20 (1) : 11-9, 2015

(2) スクリーニングの時期と評価方法

妊産婦へのメンタルヘルスケアと育児支援の対象となる妊産婦は、具体的には次の3つの場合である。

支援の対象となる妊産婦

1. 望まない妊娠、夫や実母などから情緒的なサポートがない、精神科既往歴があるなど、出産前から育児環境の不全が想定される。
2. うつなどの精神症状がみられる。
3. 子どもに対して怒りなどの否定的な感情を抱き、不適切な育児態度や行動が危惧される。

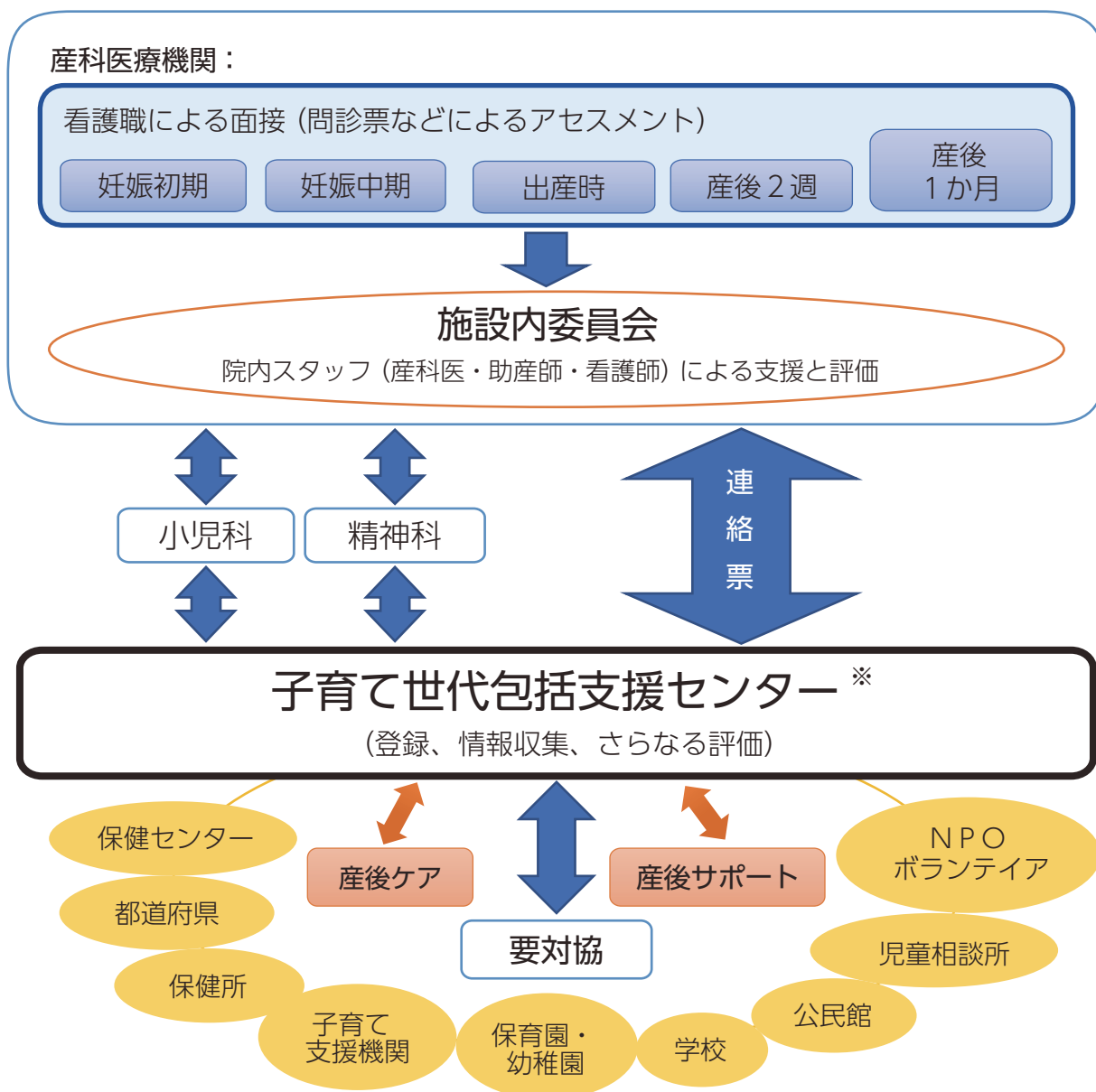
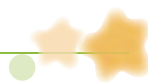
これらの妊産婦や育児中の女性が精神科医療機関へアクセスすることは容易ではなく、ケアや治療は、それらの内容や重症度および発現する時期により異なる。関わるべきスタッフは、産科や小児科の医師、地域保健福祉関連の行政のスタッフ、心理士や精神科の医師および助産師を含む看護職など多岐にわたるため、多領域多職種に共有できるツールを用いての連携支援が望ましい。

上記のそれぞれの状況に対応して、以下の3つの自己記入式質問票を活用してアセスメントを行い、支援につなげる。

- 質問票Ⅰ 育児支援チェックリスト
- 質問票Ⅱ エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)
- 質問票Ⅲ 赤ちゃんへの気持ち質問票

以下にメンタルヘルスの把握とケアのために行う3つの質問票を中心としたスクリーニングと、それに基づくケアの実際について述べる。ここでは、初回面接時、妊娠中期、出産時、産後（2週および1か月）の5つのポイントでのスクリーニングとケアについてまとめているが、これを参考にして、それぞれの地域や施設の状況に応じて可能な範囲での体制づくりが行われることが望ましい（右図）。

メンタルヘルスの評価とケアのためには、まず初回面接時の対応が最も重要である。偏見を捨て、共感を持って、妊産婦の話を聴くことがケアの基本となる。



※子育て世代包括支援センターは、子育て支援のためのワンストップ窓口として平成32年までに全国に整備される予定であるが、当面は市町村の母子保健課、児童福祉課などがこの業務を行っているので、各市町村で窓口を確認しておく必要がある。

妊産婦メンタルヘルスケアのための評価と連携

1) 妊娠初期

妊娠初期のアセスメントは、妊婦と今後の育児について想定される状況についての包括的な評価と要支援妊婦の把握が主要な目的になる。

< 右図の解説 >

① 今回の妊娠に対する気持ちを傾聴することが最も大切である。妊婦が記入した初診時間診票の内容にそって、共感の気持ちをもって面接を行う。

② 以下の妊婦については、本人の同意を得て、子育て世代包括支援センターに情報提供を行う。

1) 望まない妊娠：妊娠したことをとまどっている

2) 悩んでいることを打ち明けられる相談相手がいない

3) 精神症状があり生活に支障をきたしている（精神科に紹介するほどではない）

4) その他（特に支援が必要と考えられる：（例）経済的に困難で福祉的支援が必要など）

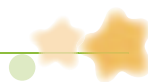
※支援が必要な妊婦の把握にはアセスメントシートを利用してもよい（資料集 p96～98）。

出産後に極めて不適切な養育が危惧され、出産前から自治体との連携した支援が必要と考えられる場合は、同意が得られなくても子育て世代包括支援センターと情報共有を行う（特定妊婦の項参照）。

③ 上記の妊婦については、健診時に施設内委員会のスタッフが面接を行い、生活状況や心理状態の把握に努めるとともに、傾聴を主体とした支援を継続して行う。

④ 上記の妊婦で、精神症状があり生活機能障害が著しく、家族や周囲のケアが必須であるか、自殺のおそれがある者は精神科に紹介し、連携した支援を行う。また子育て世代包括支援センターにも情報提供し、保健師の訪問支援を依頼する。

⑤ 精神科通院中の妊婦は、精神科主治医と連絡をとり、連携した支援を行う。



妊娠初期

初期のアセスメントの目的：

妊婦と今後の育児について想定される状況についての包括的なアセスメント、特に要支援妊婦の把握

産科医療機関：

看護職による面接

初診時（妊娠初期）問診票
（資料集 p90）

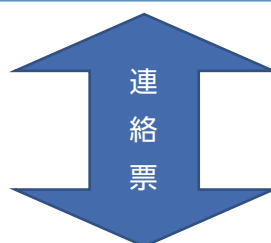
その他の情報で
さらなる評価が
必要と判断されたケース^{※1}

施設内委員会

院内スタッフ（産科医・助産師・看護師）による支援と評価



精神科



子育て世代包括支援センター^{※2}

（登録、情報収集、さらなる評価）

妊産婦メンタルヘルスケアの実践

※1 支援が必要な妊婦の把握にはアセスメントシートを利用してもよい（資料集 p 96 ～ 98）

※2 子育て世代包括支援センターは、子育て支援のためのワンストップ窓口として平成 32 年までに全国に整備される予定であるが、当面は市町村の母子保健課、児童福祉課などがこの業務を行っているので、各市町村で窓口を確認しておく必要がある。

※産婦人科診療ガイドライン産科編 2017 では、妊娠中のうつ病と不安障害を検出するために、英国国立医療技術評価機構（NICE）の産前産後メンタルヘルスガイドラインに提唱されている包括的 2 項目質問法を推奨している。この質問法は簡便で有用な方法であり、通常の健診時に適宜併用するとよい（資料集 p99）。

2) 妊娠中期(25～28週)

妊娠中期のアセスメントは、妊婦の心理状態と背景要因を把握することが目的になる。

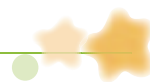
< 右図の解説 >

- ① 今回の妊娠に対する気持ちを傾聴することが最も大切である。妊婦が記入した質問票の内容にそって、共感の気持ちをもって面接を行う。
- ② 以下の妊婦については、本人の同意を得て、子育て世代包括支援センターに情報提供を行う。また健診時には施設内委員会のスタッフが面接を行い、生活状況や心理状態の把握に努めるとともに、傾聴を主体とした支援を継続して行う。
 - 1) 精神症状があり、生活機能障害（サポートをする人がいない、家事や育児などの日常生活に支援者がいないと成り立たない場合）があり、悩んでいることを打ち明けられる相談相手がいない
 - 2) 望まない妊娠：妊娠したことを本人およびパートナー、家族が心から喜び、出産を待ち望んでいる状態ではない

出産後に極めて不適切な養育が危惧され、出産前から自治体との連携した支援が必要と考えられる場合は、同意が得られなくても子育て世代包括支援センターと情報共有を行う（特定妊婦の項参照）。

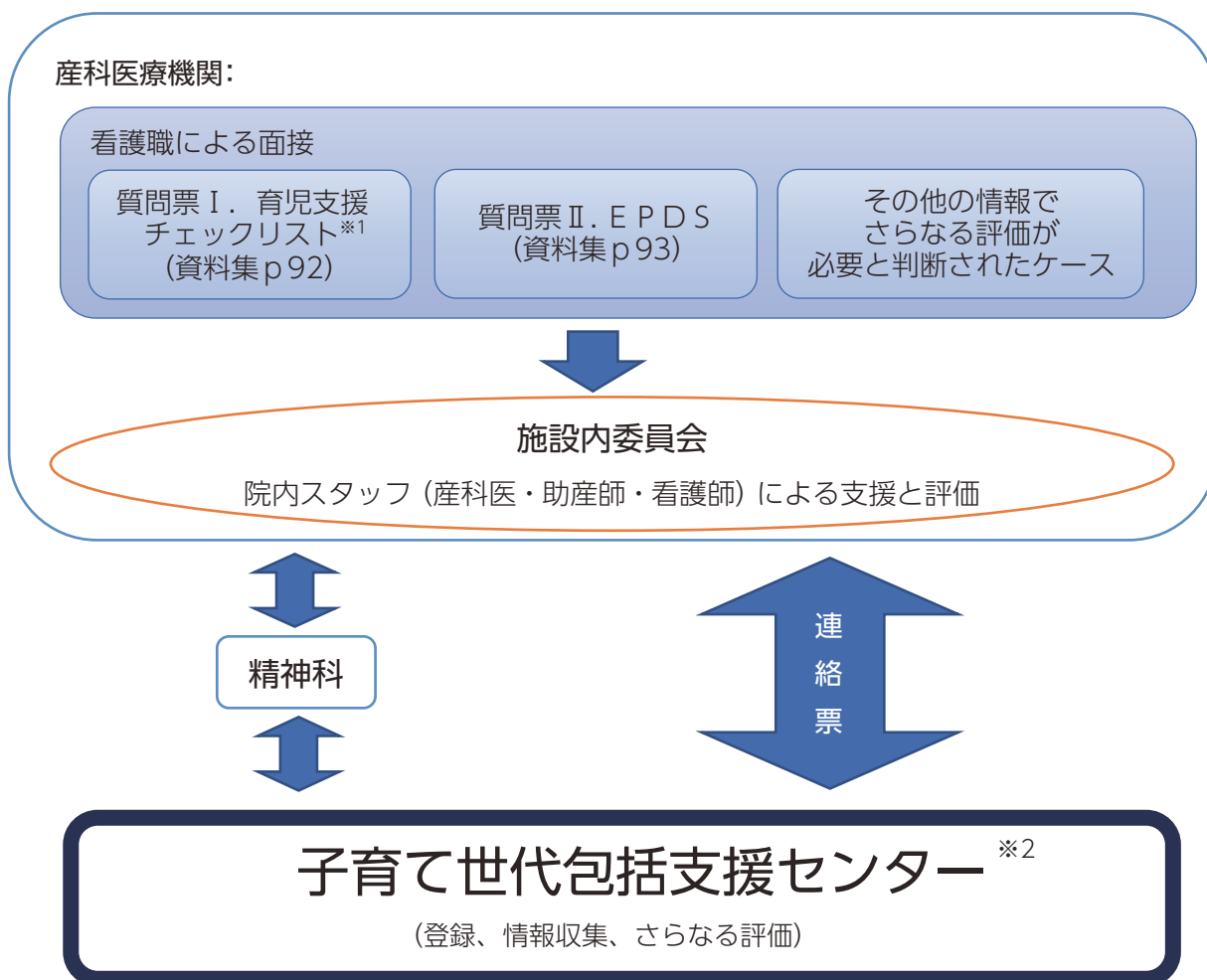
- ③ 以下の妊婦は、健診時に施設内委員会のスタッフが面接を行い、生活状況や心理状態の把握に努めるとともに、傾聴を主体とした支援を継続して行う。
 - 1) EPDS 9点以上*
 - 2) EPDS の質問項目「10」の点数が1点以上
 - 3) EPDS の点数と面接時の印象が異なる（p42 参照）
- ④ 上記②、③の妊婦で、精神症状が持続し、生活機能障害が著しく、家族や周囲のケアが必須であるか、自殺のおそれがある者は精神科に紹介し、連携した支援を行う。また子育て世代包括支援センターにも情報提供し、保健師の訪問支援を依頼する。
- ⑤ 精神科通院中の妊婦は、精神科主治医と連絡をとり、連携した支援を行う。

※ EPDS は、今日では国内外で妊娠中から使用されているが、日本では妊娠中のカットオフポイントは明らかではないので、本マニュアルでは9点を参考値として使用している。



妊娠中期
(25～28週)

妊娠中期のアセスメントの目的：妊婦の心理状態と背景要因の把握



妊産婦メンタルヘルスケアの実践

※1 育児支援チェックリスト：妊娠中に行う場合は、質問項目8、9は省いて使用する。

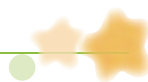
※2 子育て世代包括支援センターは、子育て支援のためのワンストップ窓口として平成32年までに全国に整備される予定であるが、当面は市町村の母子保健課、児童福祉課などがこの業務を行っているので、各市町村で窓口を確認しておく必要がある。

3) 出産時(入院中)

出産時のアセスメントは、出産や児に対する気持ちを把握することが目的になる。

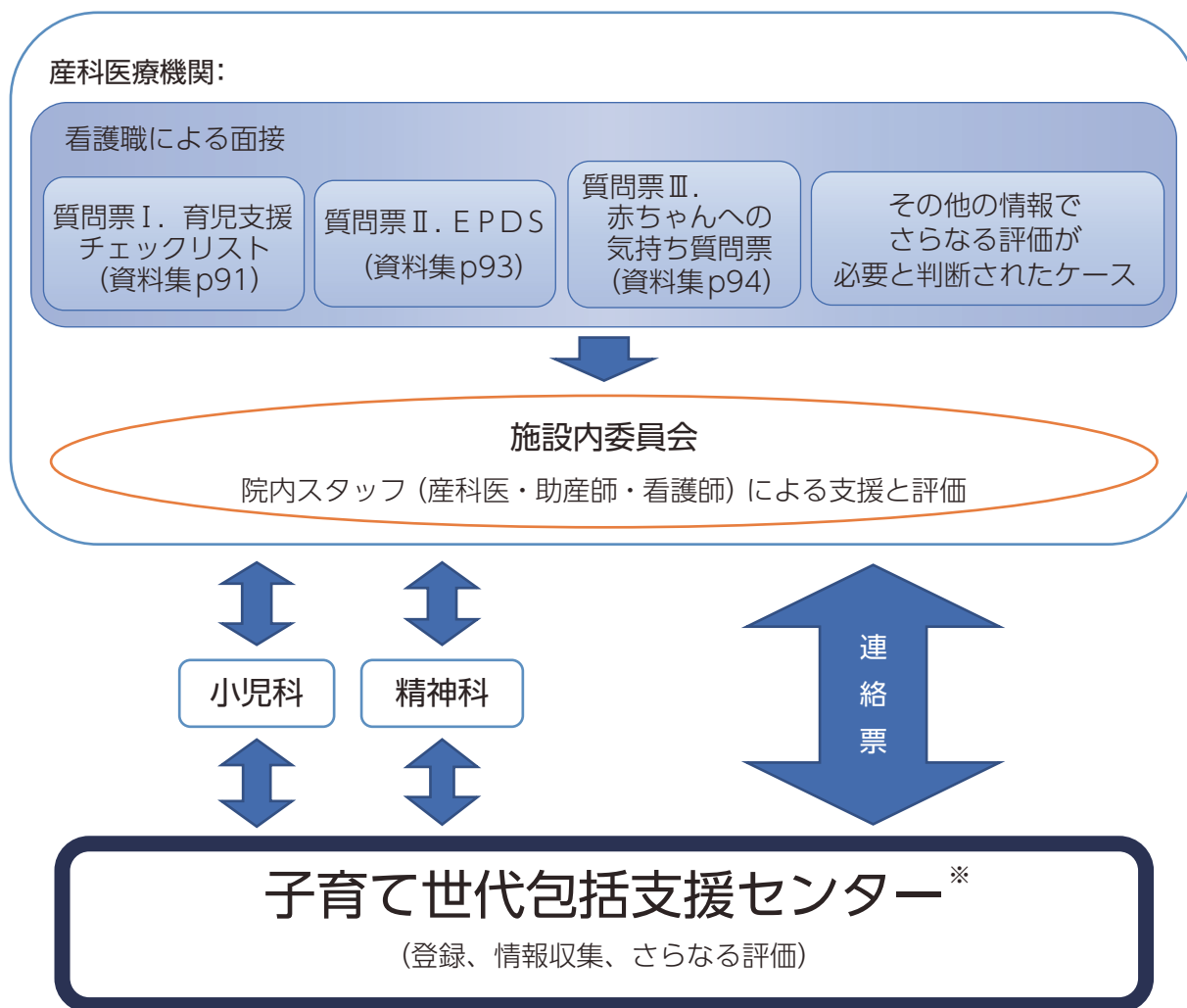
< 右図の解説 >

- ① 初回面接から行ってきた質問票の結果も含め、総合的に評価する。
- ② 以下の母親については、本人の同意を得て、子育て世代包括支援センターに情報提供を行い、産後ケアでの支援を依頼する。また施設内委員会のスタッフが傾聴を主体とした支援を継続して行う（産後2週間健診、1か月健診時も面接を行う）。
 - 1) 精神症状があり、生活機能障害（サポートをする人がいない、家事や育児などの日常生活に支援者がいないと成り立たない場合）があり、悩んでいることを打ち明けられる相談相手がない
 - 2) 望まない妊娠：妊娠したことを本人およびパートナー、家族が心から喜び、出産を待ち望んでいる状態でなかった
 - 3) その他の理由で帰宅後の育児に困難があると予測される退院後に極めて不適切な養育が危惧される場合は、同意が得られなくても子育て世代包括支援センターと情報共有を行う（特定妊婦の項参照）。
- ③ 以下の母親は、施設内委員会のスタッフが面接を行い、生活状況や心理状態の把握に努めるとともに、傾聴を主体とした支援を継続して行う（産後2週間健診、1か月健診時も面接を行う）。
 - 1) EPDS 9点以上
 - 2) EPDS の質問項目「10」の点数が1点以上
 - 3) 赤ちゃんへの気持ち質問票の合計点数が3点以上で、他の質問票と総合して特に支援が必要と判断される
 - 4) 初回面接から出産後までの期間に、3つの質問票でチェックされた状況が持続し、継続した支援が必要と判断される
- ④ 上記②、③の母親で、精神症状が持続し、生活機能障害が著しく、家族や周囲のケアが必須であるか、自殺のおそれがある者は精神科に紹介し、連携した支援を行う。また子育て世代包括支援センターにも情報提供し、産後ケアでの支援を依頼する。
- ⑤ 精神科通院中の産婦は、精神科主治医と連絡をとり、連携した支援を行う。
- ⑥ 子どもに異常があった場合は、小児科と連携した支援を行う。



出産時（入院中）

出産時のアセスメントの目的：出産や児に対する気持ちの把握



妊産婦メンタルヘルスケアの実践

※子育て世代包括支援センターは、子育て支援のためのワンストップ窓口として平成 32 年までに全国に整備される予定であるが、当面は市町村の母子保健課、児童福祉課などがこの業務を行っているので、各市町村で窓口を確認しておく必要がある。

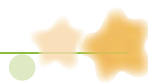
4) 産後2週間

産後2週間健診時のアセスメントは、母親の心理状態や児に対する気持ちを把握することが目的になる。

<右図の解説>

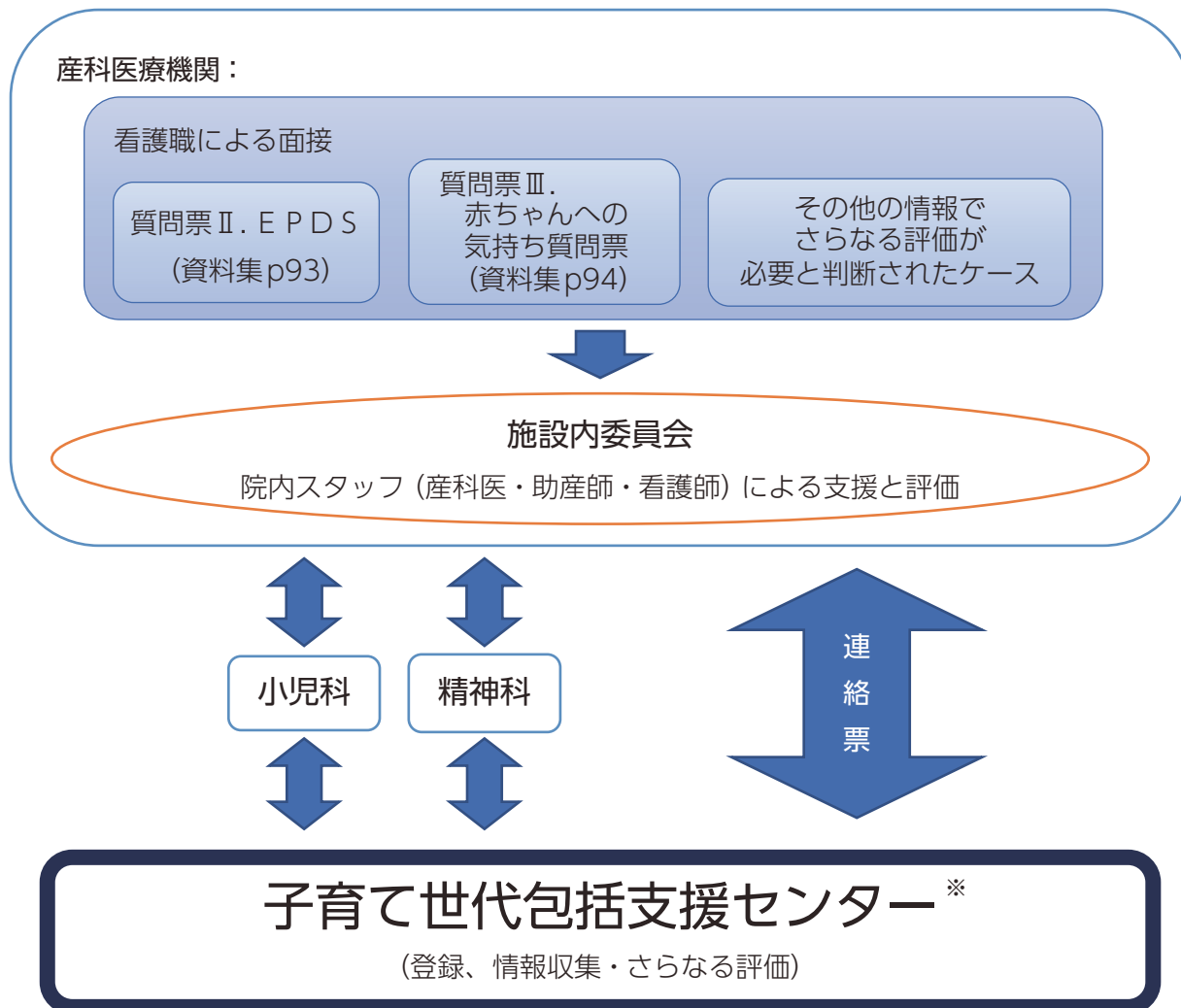
- ① 質問票から得られた問題点について、理解と共感をもって傾聴する。
- ② 以下の母親については、本人の同意を得て、子育て世代包括支援センターに情報提供を行い、産後ケアでの支援を依頼する。また施設内委員会のスタッフが傾聴を主体とした支援を継続して行う（1か月健診時も面接を行う）。
 - 1) 精神症状があり、生活機能障害（サポートをする人がいない、家事や育児などの日常生活に支援者がいないと成り立たない場合）があり、悩んでいることを打ち明けられる相談相手がない
 - 2) 望まない妊娠：妊娠したことを本人およびパートナー、家族が心から喜び、出産を待ち望んでいる状態でなかった
 - 3) その他の理由で自宅での育児に困難があると予測される

自宅での養育が極めて不適切である可能性が危惧される場合は、同意が得られなくても子育て世代包括支援センターと情報共有を行う（特定妊婦の項参照）。
- ③ 以下の母親は、施設内委員会のスタッフが面接を行い、生活状況や心理状態の把握に努めるとともに、傾聴を主体とした支援を継続して行う（1か月健診時も面接を行う）。
 - 1) EPDS 9点以上
 - 2) EPDS の質問項目「10」の点数が1点以上
 - 3) 赤ちゃんへの気持ち質問票の合計点数が3点以上で、他の質問票と総合して特に支援が必要と判断される
 - 4) 初回面接から産後2週までの期間に、3つの質問票でチェックされた状況が持続し、継続した支援が必要と判断される
- ④ 上記②、③の母親で、精神症状が持続し、生活機能障害が著しく、家族や周囲のケアが必須であるか、自殺のおそれがある者は精神科に紹介し、連携した支援を行う。また子育て世代包括支援センターにも情報提供し、産後ケアなどを含めた支援を依頼する。
- ⑤ 精神科通院中の母親は、精神科主治医と連絡をとり、連携して支援を行う。
- ⑥ 子どもに異常があった場合は、小児医療機関等と連携して支援を行う。
- ⑦ 理由なく来院しなかった母親で、それまでの経過から支援が必要と判断される場合は、行政への情報提供を考慮する。



産後 2 週間

産後 2 週間健診時のアセスメントの目的：母親の心理状態と対児感情の把握



妊産婦メンタルヘルスケアの実践

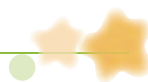
※子育て世代包括支援センターは、子育て支援のためのワンストップ窓口として平成 32 年までに全国に整備される予定であるが、当面は市町村の母子保健課、児童福祉課などがこの業務を行っているので、各市町村で窓口を確認しておく必要がある。

5) 産後 1 か月

産後 1 か月健診時のアセスメントは、母親の心理状態や生活状態および児に対する気持ちを把握することが目的になる。

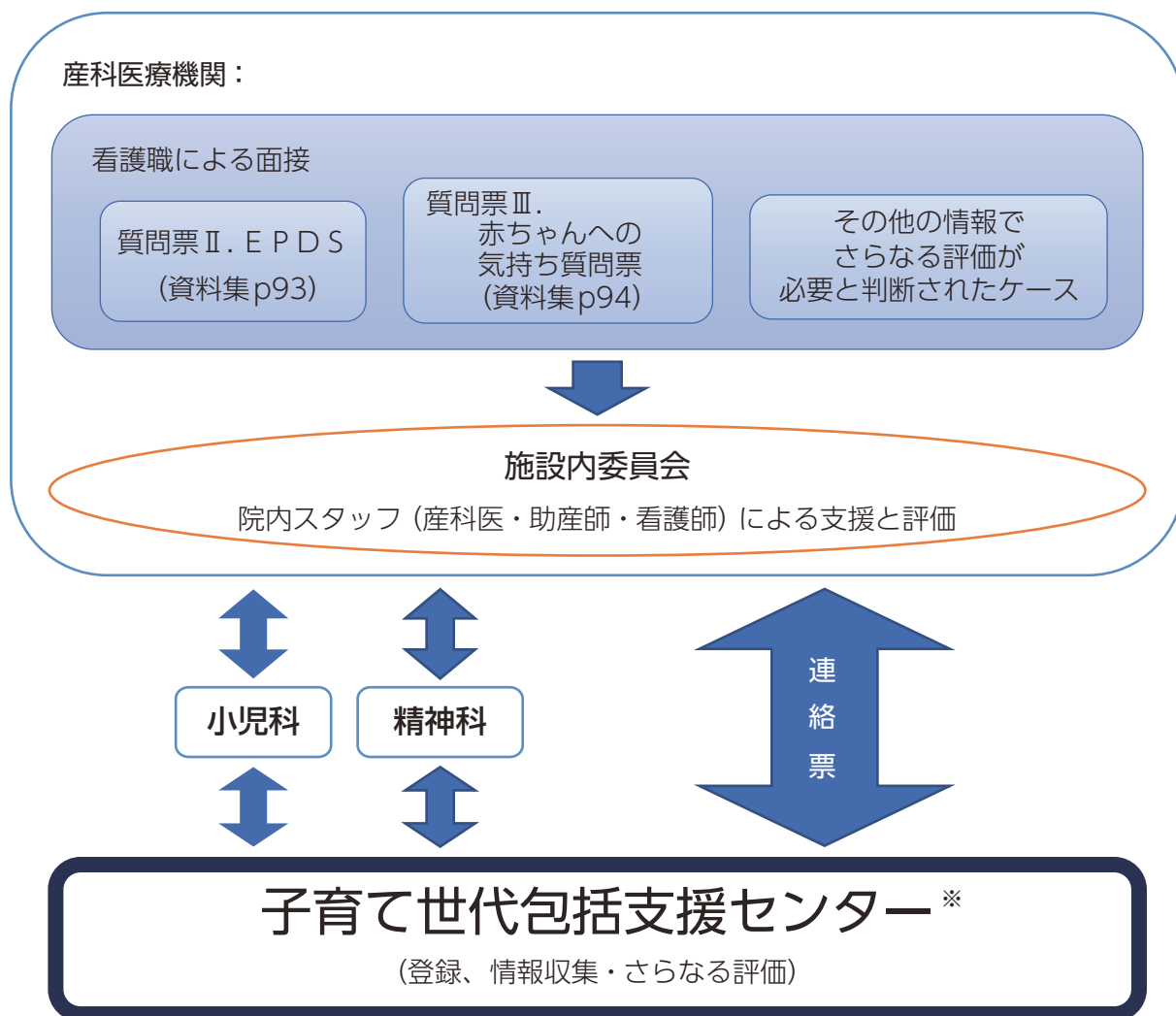
< 右図の解説 >

- ① 質問票から得られた問題点について、理解と共感をもって傾聴する。
- ② 以下の母親については、本人の同意を得て、子育て世代包括支援センターに情報提供を行い、産後ケアでの支援を依頼する。
 - 1) 精神症状があり、生活機能障害（サポートをする人がいない、家事や育児などの日常生活に支援者がいないと成り立たない場合）があり、悩んでいることを打ち明けられる相談相手がない
 - 2) 望まない妊娠：妊娠したことを本人およびパートナー、家族が心から喜び、出産を待ち望んでいる状態でなかった
 - 3) その他の理由で自宅での育児に困難があると予測される自宅での養育が極めて不適切である可能性が危惧される場合は、同意が得られなくても子育て世代包括支援センターと情報共有を行う（特定妊婦の項参照）。
- ③ 以下の母親は、施設内委員会のスタッフが面接を行い、生活状況や心理状態の把握に努めるとともに、傾聴を主体とした支援を行う。必要に応じて、子育て世代包括支援センターを通じて産後ケアでの継続的支援を依頼する。
 - 1) EPDS 9 点以上
 - 2) EPDS の質問項目「10」の点数が 1 点以上
 - 3) 赤ちゃんへの気持ち質問票の合計点数が 3 点以上で、他の質問票と総合して特に支援が必要と判断される
 - 4) 初回面接から産後 1 か月までの期間に、3 つの質問票でチェックされた状況が持続し、継続した支援が必要と判断される
- ④ 上記②、③の母親で、精神症状が持続し、生活機能障害が著しく、家族や周囲のケアが必須であるか、自殺のおそれがある者は精神科に紹介し、連携した支援を行う。また子育て世代包括支援センターにも情報提供し、産後ケアなどを含めた支援を依頼する。
- ⑤ 精神科通院中の母親は、精神科主治医と連絡をとり、連携して支援を行う。
- ⑥ 子どもに異常があった場合は、小児医療機関等と連携して支援を行う。
- ⑦ 理由なく来院しなかった母親で、それまでの経過から支援が必要と判断される場合は、行政への情報提供を考慮する。



産後 1 か月

1 か月健診時のアセスメントの目的：母親の心理状態・生活状態と対児感情の把握



妊産婦メンタルヘルスケアの実践

※子育て世代包括支援センターは、子育て支援のためのワンストップ窓口として平成 32 年までに全国に整備される予定であるが、当面は市町村の母子保健課、児童福祉課などがこの業務を行っているので、各市町村で窓口を確認しておく必要がある。

通常、産科医療機関での健診は産後 1 か月で終了する。しかし、この時点でさらなる支援や見守りが必要と考えられる産婦は、行政その他の連携機関との関係が確立することを確認するまで、産科医療機関の外来または産科医療機関で行う産後ケア事業などでのケアを継続し、産科医療機関を離れた後に脱落することのないよう十分に配慮することが望ましい。

(3) 3つの質問票の活用

3つの質問票はスクリーニングのためのツールであり、全対象に実施することに意味がある。なぜなら支援が必要な妊産婦はほとんどの場合、自らそのことを訴えることができないからである。

質問票に妊産婦が記入した後に、回答された状況や問題について、丁寧に具体的に聴くことが重要である。面接の目的は、スクリーニングされた内容をもとに、その妊産婦について包括的に判断すること、具体的に妊産婦のおかれた状況について支援者に理解されて継続的な支援を受けることの動機づけや導入を行うことである。傾聴の姿勢で聞き取りを行い、周産期のメンタルヘルスの知識に基づき、支援の判断を行うことを想定したものである。

1) 質問票Ⅰ. 育児支援チェックリスト（資料集p 91～92）

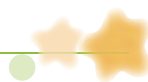
精神科既往歴、ライフイベント、住居や育児サポート、夫や実母等との関係など育児環境要因を評価するための9項目についての質問票である。回答に対する詳細な聞き取りを行なうことで、母親の抱えている背景要因を把握することができ、支援計画の立案が可能となる。

【結果の評価】

- * 育児を困難にする背景要因を総合的に評価するためにまとめた質問票である。
- * EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票と合わせて総合的な評価を行うために活用する。

【使用に当たっての注意点】

- ・妊産婦はどの時期に使用してもよい。
- ・妊娠中に使用する場合は、まだ赤ちゃんが産まれていなので、質問項目8, 9は省いて使用する。



注

本頁の質問票は支援者用に解説をいれたものである。実施に使用する場合は解説のないものを使用する
(p91 ~ 92)

I. 育児支援チェックリスト

母氏名 _____ 実施日 年 月 日 (産後 日目)

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。
あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、
またはお産の時に医師から何か問題があると言われていましたか？

はい いいえ

帝王切開、切迫流産、不妊治療歴等は母親の心理に影響を与えるので、加療を受けた時や振り返っての思いなどを把握する。

2. これまでに流産や死産、出産後1年間に
お子さんを亡くされたことがありますか？

はい いいえ

喪失体験による悲嘆は数年持続するが個人差が大きく、一生続くとも言われている。次の妊娠時に不安、抑うつ、PTSDの危険性があること、子どもの愛着障害と関連するとも言われている。

3. 今までに心理的な、あるいは精神科的な問題で、
カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師
などに相談したことがありますか？

はい いいえ

精神科・心療内科の既往歴は周産期うつ病の発症リスクとして関係が深く、重要である。主治医からの説明、現在の治療状況、家族の理解の程度などを把握する。

4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
①夫には何でもうち明けることができますか？

はい いいえ 夫がいない

「はい」と回答していても、困ったことが何割程度相談できるか踏み込んで質問を行う。困ったことに対して、具体的・实际的または情緒的なサポートを受けることが可能であるか把握する。「いいえ」と回答した場合は、一人で解決できない困ったことが生じた時の対応について質問する。

- ②お母さんには何でもうち明けることができますか？

はい いいえ 実母がいない

夫からのサポートの欠如は、周産期うつ病と関連がある。また、詳細な聞き取りからDVが明らかになることもある。

- ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？

はい いいえ

実母からの情緒的なサポートが十分受けられない場合は、妊娠・出産の相談をできないか尋ねる。詳細な聞き取りから、自分の母親からの被虐待歴が明らかになることもある。

5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？

はい いいえ

具体的な不安の内容について尋ねる。例：失職等

6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？

はい いいえ

具体的な不満の内容について尋ねる。
例：近隣への気兼ね等

7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や
親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありますか？

はい いいえ

ライフイベントの内容や現在の心情について尋ねる。

8. 赤ちゃんが、なぜむずかかったり、泣いたり
しているのかわからないことがありますか？

はい いいえ

赤ちゃんの機嫌や、表情、泣き声は何を求めているか汲み取ることが可能か質問している。「いいえ」と回答した場合は、赤ちゃんの要求を汲み取れずに、赤ちゃんのケアが十分にできていないと考え、苦痛となっていることがある。具体的な状況を傾聴しながら、ネグレクトにならないための支援を検討する。

9. 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？

はい いいえ

赤ちゃんへの嫌悪感や拒否感を母親が抱いているか把握するための質問である。「はい」と回答した場合は、実際に行ったことがあるかどうか、踏み込んで質問し、母親の思いを傾聴する。

妊娠中に使用する場合は
省いて使用する

(九州大学病院児童精神医学教室—福岡市保健所使用版)

2) 質問票Ⅱ. エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) (資料集 p 93)

産後うつ病をスクリーニングするために英国の Cox らが開発した。今日では国内外で妊娠中から使用され、妊婦並びに出産後 1 年未満の女性を対象に使用されている。

- ・日本人のカットオフポイント (区分点) は 9 点である。
- ・EPDS 総合点 9 点以上が、「うつの可能性が高い」とするものであるが、9 点以上がうつ病で、8 点以下はうつ病ではない、と判断するものではない。また、点数とうつ病の重症度に関連はない。
- ・うつ病以外の不安障害や精神遅滞など他の精神疾患で EPDS 総合点が高値となることもある。
- ・EPDS 総合点 9 点以上は、抑うつ気分と興味の消失の 2 つのどちらかまたは両方の症状がどの程度続いているか確認する。2 週間以上続いている場合は、うつ病の可能性が高くなる。

EPDS 総合点が 9 点以上で質問票Ⅰの結果から、サポートをする人がいない、家事や育児などの日常生活について支援者がいないと成り立たない場合は、日常生活機能障害をきたす可能性があり、精神医学的に中等症から重症であることが多い。そのため具体的な連携として、精神科の紹介を検討する。また、表面上は育児・家事ができていても産後の母親の自責感情が強い場合は、極端に頑張りすぎていることも多く、安易に育児・家事ができていると判断せず、十分な継続的支援が必要である。

【使用に当たっての留意点】

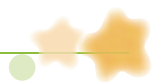
- * 点数が入っていない質問票を用いて対象者自らが記入し、結果 (総合点) の良否は伝えない。
- * 各項目 1 点以上がついた質問項目について詳細に聞き取りを行い、母親の抱えている問題点を明らかにする。点数のついた質問項目について、「どのような状況で起きるか」「どのような気持ちが一番強いのか」「ずっと続いているのか、時々なのか」など、丁寧に具体的に妊産婦の話を聴くことで、妊産婦と情報共有をして、具体的な支援内容や計画を立てて精神支援にスムーズに移行できる。詳細な質問に母親が答えていくことで母親自身の心の整理にもなる。
- * 妊娠中から使用してよい。

【点数の解釈に当たっての留意点 (点数と面接時の印象が非常に異なる場合)】

- ① 高得点なのに臨床的には問題なさそうに見える場合は、質問が理解できていない、自分の状態にほとんど気づいていない場合が考えられる。
- ② 低得点であるが表情が非常に硬い場合は、生活機能の状態や周産期うつ病を含めた精神疾患の可能性も考慮しながら、聞き取りを行う。

【うつ病以外の病態】

- * 不安障害や精神遅滞の場合でも EPDS の総合点が高得点を示すことがある。
- * うつ症状に加えて、摂食障害、アルコール依存、人格障害など、他の病態が加わっていることもある。
- * 統合失調症の場合は、病態によって総合点が低かったり、あるいは高すぎる場合がある。



注

本頁の質問票は支援者用に解説を
いれたものである。実施に使用す
る場合は解説のないも
のを使用する (p93)

II. エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

母氏名 _____ 実施日 年 月 日 (産後 日目)

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い
答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えて下さい。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。

- (0) いつもと同様にできた。
- (1) あまりできなかった。
- (2) 明らかにできなかった。
- (3) 全くできなかった。

総合得点が9点以上の場合は、1点以上がついた
質問項目について詳細に聴き取りを行い、母親の
抱えている問題点を明らかにする。

2) 物事を楽しみにして待った。

- (0) いつもと同様にできた。
- (1) あまりできなかった。
- (2) 明らかにできなかった。
- (3) ほとんどできなかった。

質問1と2 臨床的うつ病の中核症状である。
周産期うつ病と精神科診断がつく人はほとんどの場合、
質問1または2あるいは両方に1点以上の回答がある。

3) 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。

- (3) はい、たいていそうだった。
- (2) はい、時々そうだった。
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった。
- (0) いいえ、全くなかった。

「不必要」がキーワード。うつ病の母親では、根拠なく
自分を責めて、上手くいかないと思細なことに悩む。

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。

- (0) いいえ、そうではなかった。
- (1) ほとんどそうではなかった。
- (2) はい、時々あった。
- (3) はい、しょっちゅうあった。

「理由がないのに」がキーワード。うつ病の場合の不安
は、理由もない漠然とした心配で不安を抱いたりする。

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。

- (3) はい、しょっちゅうあった。
- (2) はい、時々あった。
- (1) いいえ、めったになかった。
- (0) いいえ、全くなかった。

「理由がないのに」がキーワード。うつ病の母親は、
とらえどころのない恐怖や死の恐怖などいろいろ
な恐怖感が理由もなく出現する。

6) することがたくさんあって大変だった。

- (3) はい、たいてい対処できなかった。
- (2) はい、いつものようにうまく対処できなかった。
- (1) いいえ、たいていうまく対処した。
- (0) いいえ、普段通りに対処した。

集中力がなくなり、判断ができなくなる
うつ病の症状についての質問。

7) 不幸せなので、眠りにくかった。

- (3) はい、ほとんどいつもそうだった。
- (2) はい、時々そうだった。
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった。
- (0) いいえ、全くなかった。

「夜中に赤ちゃんのために、何回起きますか?」「横になってか
ら眠りにつくまで時間がかかりますか?」「朝早く寝覚めてしま
いますか?」「眠れないことですごく疲れていますか?」「昼間
に時間があれば睡眠を取ることが出来ますか?」など不眠の状
況に陽性点数がついた場合はさらに尋ね総合的に把握する。

8) 悲しくなったり、惨めになったりした。

- (3) はい、たいていそうだった。
- (2) はい、かなりしばしばそうであった。
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった。
- (0) いいえ、全くそうではなかった。

項目8と9は、うつ病の基本症状の一つである抑うつ気分に関
する質問。この項目に該当する母親の場合には、その状態につ
いて注意深く聴く。どういう状況で、どんな頻度でなるのか、
サポートを求めたいのか尋ねる。

9) 不幸せなので、泣けてきた。

- (3) はい、たいていそうだった。
- (2) はい、かなりしばしばそうだった。
- (1) ほんの時々あった。
- (0) いいえ、全くそうではなかった。

うつ病による自殺念慮、自殺企図の有無を確認する
ための質問。この質問に限り1点以上の回答があっ
た場合には、総合点がたとえ9点以下でも具体的に
聴く。「最近そのような気持ちになったのはいつ、ど
んな状況でしたか?」「実際にはどんな考えが浮かび
ましたか?」「そんな辛い気持ちになったことを夫や
家族に話しましたか?」などのように状況を聴く。

10) 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

- (3) はい、かなりしばしばそうだった。
- (2) 時々そうだった。
- (1) めったになかった。
- (0) 全くなかった。

(岡野ら (1996) による日本語版)

- 1) Cox J, Holden JM, Sagovsky R, : Detection of postnatal depression. Development of 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150 : 782-786, 1987
- 2) 岡野禎治, 村田真理子, 増地総子他 : 日本版エジンバラ産後うつ病評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 7 (4) : 525-533, 1996
- 3) 山下 洋, 吉田 敬子 : 産後うつ病の母親のスクリーニングと介入について. 精神神経学雑誌, 105 (9) : 1129-1135, 2003

3) 質問票Ⅲ. 赤ちゃんへの気持ち質問票 (資料集 p 94)

10 項目の質問項目からなり、0 ～ 3 点の点数の自己記入した回答の総合計点は 30 点である。母親が子どもへ抱く気持ち (愛着) について調査する簡便な質問票であり、1 歳未満の子どもを持つ母親に実施する。得点が高いほど子どもへの否定的な感情が強い。子どもへの否定的感情は周産期うつ病とも密接な関連がある。カットオフ値はないが、合計点が 3 点以上つけば、点数がついた項目について、育児に対する気持ちを丁寧に具体的に話してもらい、受容しながら傾聴する。質問 3 と 5 は、子どもに対する腹立ちと怒りであるので 1 点以上がついた場合は話を丁寧に聴く必要がある。子どもに対する否定的な気持ちの強度や行動などを把握し、リスク要因などを含めて総合的に評価を行い、支援の必要性を判断する。

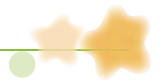
子どもへの拒否・嫌悪感が強く、具体的に子どもの世話を怠る、叩く等の行為や子どもを避ける行動が見られた場合は、育児に対する拒否感が強いと考えられ、育児に支障をきたす。母親以外の育児支援者の確認を行い、育児負担の具体的な軽減を検討するなど支援が必要である。子どもに対する拒否感が強く、子どもの安全が危惧される場合は、児童相談所または市町村の担当課に通告し、要保護児童対策地域協議会で他機関と連携した支援を行う。

【結果の評価】

- ・ 合計点数が高いほど子どもへの否定的な感情が強い事を示している。

【使用に当たっての留意点】

- ・ 妊娠中は使用しない。
- ・ 対象者に点数の入っていない質問票を渡して記入をしてもらい、結果 (点数) の良否は伝えない。
- ・ EPDS 高得点者の EPDS 点数が改善しても、赤ちゃんへの気持ち質問票の点数が改善していなければ、継続的なフォローが必要である。
- ・ 赤ちゃんへの気持ちに関する質問項目を糸口 to 母親の気持ちをよく聞いて、それが実際の育児の態度にどのように反映されているか理解する。虐待のリスクを把握して、育児支援を行う。



注

本頁の質問票は支援者用に解説を
いれたものである。実施に使用す
る場合は解説のないも
のを使用する (p94)

Ⅲ. 赤ちゃんへの気持ち質問票

母氏名 _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (産後 _____ 日目)

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけて下さい。

ほとんどいつも
強くそう感じる

たまに強く
そう感じる

たまに少し
そう感じる

全然
そう感じない

1) 赤ちゃんをいとおしいと感じる。 (0) (1) (2) (3)

2) 赤ちゃんのためにしないとけ
ないことがあるのに、おろおろ
してどうしていいかわからない
時がある。 (3) (2) (1) (0)

陽性点数が付いた場合は、状況を詳細に尋ねる。家事、育児の
優先順位を自分で決めて実際にできているかどうか判断する。

3) 赤ちゃんのことが腹立たしく
いやになる。 (3) (2) (1) (0)

どんな時にそのような気持ちが起きるか、強く感じた場合のストレスはどう考え、対処し
ているか尋ねる。点数が高く、強く腹立たしさを感じている場合は、虐待傾向が疑われる。

4) 赤ちゃんに対して何も特別な
気持ちがわかない。 (3) (2) (1) (0)

5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる (3) (2) (1) (0)

どんな時にそのような気持ちが起きるか、強く感じた場合のストレスはどう考え、対処し
ているか尋ねる。点数が高く、強く怒りを抱いている場合は、虐待傾向が疑われる。

6) 赤ちゃんの世話を楽しみながら
している。 (0) (1) (2) (3)

7) こんな子でなかったらなあと思う。 (3) (2) (1) (0)

8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。 (0) (1) (2) (3)

9) この子がいなかったらなあと思う。 (3) (2) (1) (0)

理想の子どもとギャップがある場合は、どんな点が違うのか質問する。

10) 赤ちゃんをととても身近に感じる。 (0) (1) (2) (3)

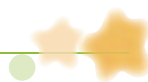
質問項目 2, 3, 5, 6, 7, 10 が 1 点以上で総合点が高得点となっている場合は、抑うつ
症状と関連が深いので注意深く支援が必要である。カットオフ値はないが、合計点が 3 点以上
つければ、詳細な聴き取りを行い、児に対する否定的な気持ちの強度や行動などを把握する。

(吉田ら (2003) による日本語版)

(4) 3つの質問票による面接の実際とケアの方法

1) 実施方法

- ① 質問票Ⅱ. EPDS、質問票Ⅲ. 赤ちゃんへの気持ち質問票は、点数が印刷記入されていない用紙を使用する。
- ② 本人に記載させる（本人自身も自分の心の状態を知ることができる）。
- ③ 質問票を渡す時は、「最近 1 週間以内の気持ちについて回答ください」と説明する。
ただし、記入は強要しない。
- ④ 本人が落ち着いて記載ができ、プライバシーが保たれる環境で面接を行う。
夫や実母、姑の同席は避ける。
- ⑤ 本人の記入後、各質問票を用いて本人の気持ちを丁寧に具体的に聞く。
「もう少し〇〇について、話を聞かせて下さい」と、話しかけて本人の話のきっかけを作る。
- ⑥ 質問票Ⅰ. 育児支援チェックリスト、質問票Ⅱ. EPDS、質問票Ⅲ. 赤ちゃんへの気持ち質問票については、点数が高い項目等の**内容、状況等について尋ね、本人の言葉をそのままの形で余白に記載しておく**。これを実施する時には、**共感を持った傾聴の姿勢**が求められる。その結果、母親の抱える問題に踏み込んでいくことができる。相手をよく観察し、その時点で必要な支援を見極めるという視点も大切である。
ただし、母親の抱えている問題のすべてを解決してあげようと思う必要はなく、話をよく聴くことが大切である。具体的には次のことに配慮して行う。
 - ・ どういう対処をしているか尋ねる。
 - ・ うまく対処している場合は「それでいいですよ」と相手を認め、ねぎらう。
 - ・ うまく対処できていなくても、状況によっては母親の持っている対応力を信じる事も必要である。
- ⑦ 聞き取りの中で、質問項目内容に誤解等があっても、記入時の母親の気持ちを尊重し、**回答の書きかえは行わない**。母親の説明を余白に記載のみ行っておく。
- ⑧ 母親から、実施結果を質問された場合、繰り返し質問票を実施することを考え、**具体的な点数を伝えて成績化するような説明はしない**。
 - ・ 説明例：「出産後間もないので、少し心の状態も疲れていらっしゃるようですね」
- ⑨ 3つの質問票を総合的に評価して、支援方法を検討する。また、虐待予防活動の視点でも要支援者を検討する。



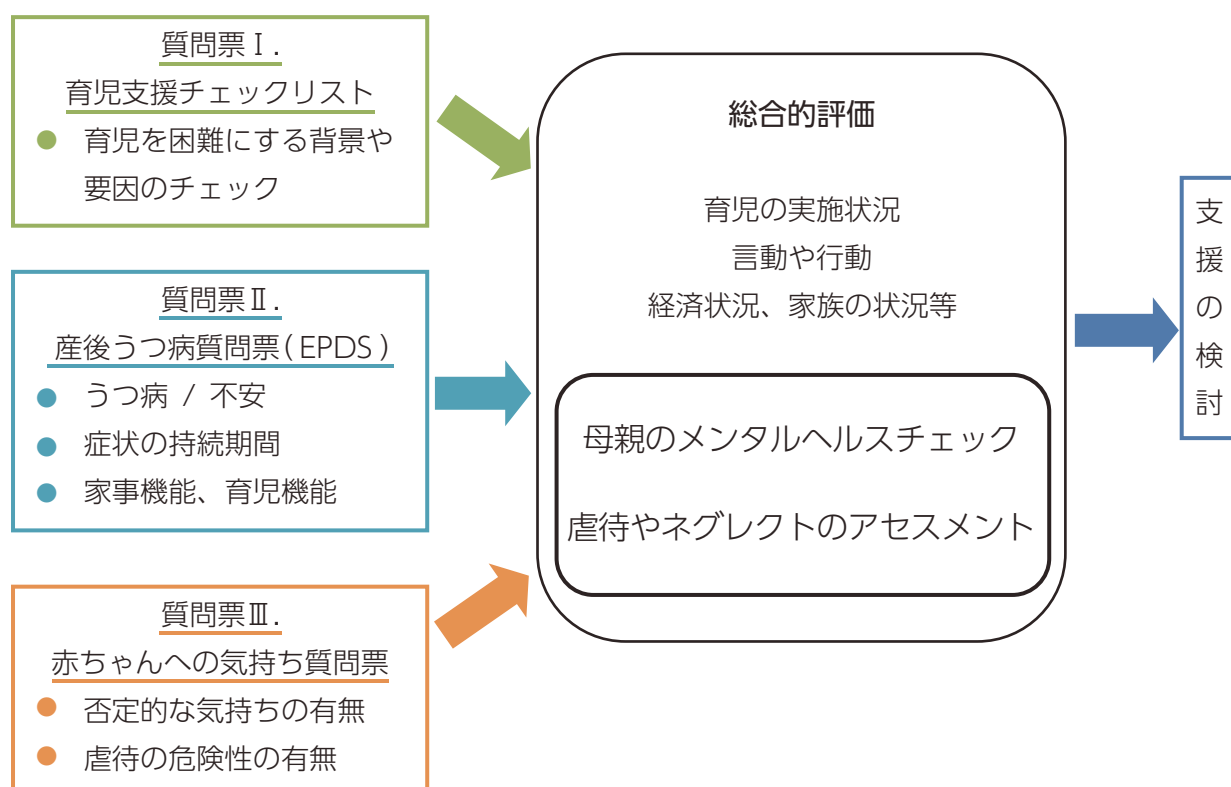
2) EPDS の結果の伝え方

本人に、点数を伝えて良否を言うことは決して行わない。

点数が低い場合は、「産後の心の状態も落ち着いて、うまく子育てができているようですね。」など母親にねぎらいの言葉をかける。

高得点の場合は、46 ページの⑥に従って、点数の高い項目等に対して、傾聴の姿勢で丁寧に母親の話を聴く。「まだ少し産後の疲れが心にも残っているようですね。ご自分ではいかがですか。」「以前よりは、少し元気が出てくれましたか。ご自分ではどう思われますか。」などと問いかける。そして、「心にもお疲れが少しあるようですので、次回も今日の様にお話を聴かせてください。お話を聴くことで、サポートをしていきます。」と約束をするとよい。

面接者が質問票を用いて丁寧に聴くことで、母親自身も自分の心の状態を知り、自分の抱える問題に気づき、整理することにもつながる。質問票の内容を傾聴の姿勢で話を聴くことが支援のスタートとなっている。



3. 精神科への紹介が必要なケース

(1) 精神科リエゾン

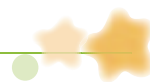
周産期における精神科的な問題は、妊娠前から精神疾患に罹患している場合と、妊娠中もしくは出産後に新たに精神疾患を発症する場合の2つに大別される。

前者の精神疾患合併妊娠では、母親の精神症状悪化を防止することは当然の目標ではあるが、妊娠・出産を機に、患者が母親としての役割を獲得し、家族全体の養育機能を高め、社会生活機能を発揮するための支援を行っていくことも重要である。そのために、病院内外の多職種による、様々な立場からの介入が必要であり、時間と労力を必要とする。

一方で、後者は、産褥精神病やうつ病がよく知られている。産褥精神病は、発症率が1,000分娩のうち1～2例と少ないものの、妊産婦の自殺者の多くを占めていると言われている。うつ病の罹患率は10～15%と高く、妊娠中では、不安、ライフイベント、うつ病の既往、ソーシャルサポートの不足、望まない妊娠、無医療保険、家庭内暴力、低収入、低い教育歴、喫煙、未婚、対人関係不良が、産後では、うつ病の既往、妊娠中のうつ症状や不安、配偶者からのサポート不足、妊娠中や産後早期のライフイベントなどがリスク因子として挙げられている。また、最近の知見として、うつ病の産後発症は、双極性障害の危険因子として注目されるようになってきている。以上からも、妊娠中からの早期介入が必要とされている。

このような状況を踏まえ、前者に対しては、精神疾患に罹患している妊娠適齢期の女性に対して、精神科担当医がどのような関わりをしていくべきか、また、妊娠した場合に薬剤調整をはじめ、患者が母親としての機能を果たしていくための支援体制づくりのマネジメントをどう行っていくかが必要とされ、後者については、妊娠早期から関わる産科医、助産師が精神科的な関わりを必要とする妊婦をいかに早期に抽出し、適切な精神科医療機関につなげるシステムの構築ができるかどうか重要と考えられる。

総合病院においては、精神疾患を合併した妊産婦が産科外来を受診した際、速やかに精神科にコンサルトができるような周産期メンタルヘルス外来の開設などの体制の整備が期待される。また、定期的な多職種による周産期カンファレンスにおいて適宜情報共有を行うことも重要である。さらに、出産で入院した際に初めて精神症状がみられた場合には、まず精神看護専門看護師が対応し、必要に応じて精神科医による継続した診療ができるような体制が構築されていくことが望まれる。



(2) 妊産婦への向精神薬投与と子どもへの影響

うつ病の治療は抗うつ薬による薬物療法が基本となるが、妊娠期では薬剤使用に伴うリスクとベネフィットのバランスを考慮することが求められ、産褥期では母乳育児の場合の薬物の子どもへの移行による影響について検討する。個々の症例について十分に検討していくことが重要だが、妊娠中に薬剤を中断した場合には再発率が高くなること、妊娠中のうつ症状が早産、胎児発育不全のリスクと関連する可能性があること、さらに、産後のうつ病が育児行動に影響を与えること、代表的な抗うつ薬である選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）の催奇形性や子どもへの影響は一定の結論が得られていないことや乳汁移行が少ないこと、などを考慮すると、周産期における治療継続の有用性は高いと考えられる。

双極性障害は、産褥期に約半数が再発すると言われており、再発予防のための治療の継続は重要である。一方で、治療薬としてしばしば用いられるのは気分安定薬であるが、炭酸リチウムは心血管奇形と関連することや母乳中への移行率が高いことが報告されている。またバルプロ酸ナトリウムは先天異常や子どもの認知機能への影響を指摘する報告がある。一方、ラモトリギンは妊娠中の使用にあたってリスクが低いとされている。また、日本で双極性障害に対して保険適応のある非定型抗精神病薬は、疫学研究は十分ではないものの、催奇形性の上昇を示唆する報告はない。

パニック障害や強迫性障害をはじめとした神経症性障害の治療薬は、主に SSRI が用いられている。うつ病のところで記載したように、催奇形性や子どもへの影響は一定の結論が得られていないことや乳汁移行が少ないことなどを考慮し、臨床的に必要と判断されれば使用する。

統合失調症の服薬中断による再発の危険性は非常に高い。よって、妊娠や出産を計画的に行えるのであれば、家族の協力のもとに、妊娠前に病状を安定させ、薬物を少量維持とした上で妊娠、分娩を迎えることが望ましい。しかし、実際には通院服薬中の患者に妊娠が判明することは少なくなく、向精神薬による催奇形性や胎児毒性への懸念よりも、患者の精神状態の管理を重視して対応することが多い。治療薬として主に用いられる抗精神病薬では、ハロペリドールが日本では添付文書上妊婦に禁忌となっているが、非定型抗精神病薬は、双極性障害のところで記載したように奇形の危険性が高まるという報告はない。

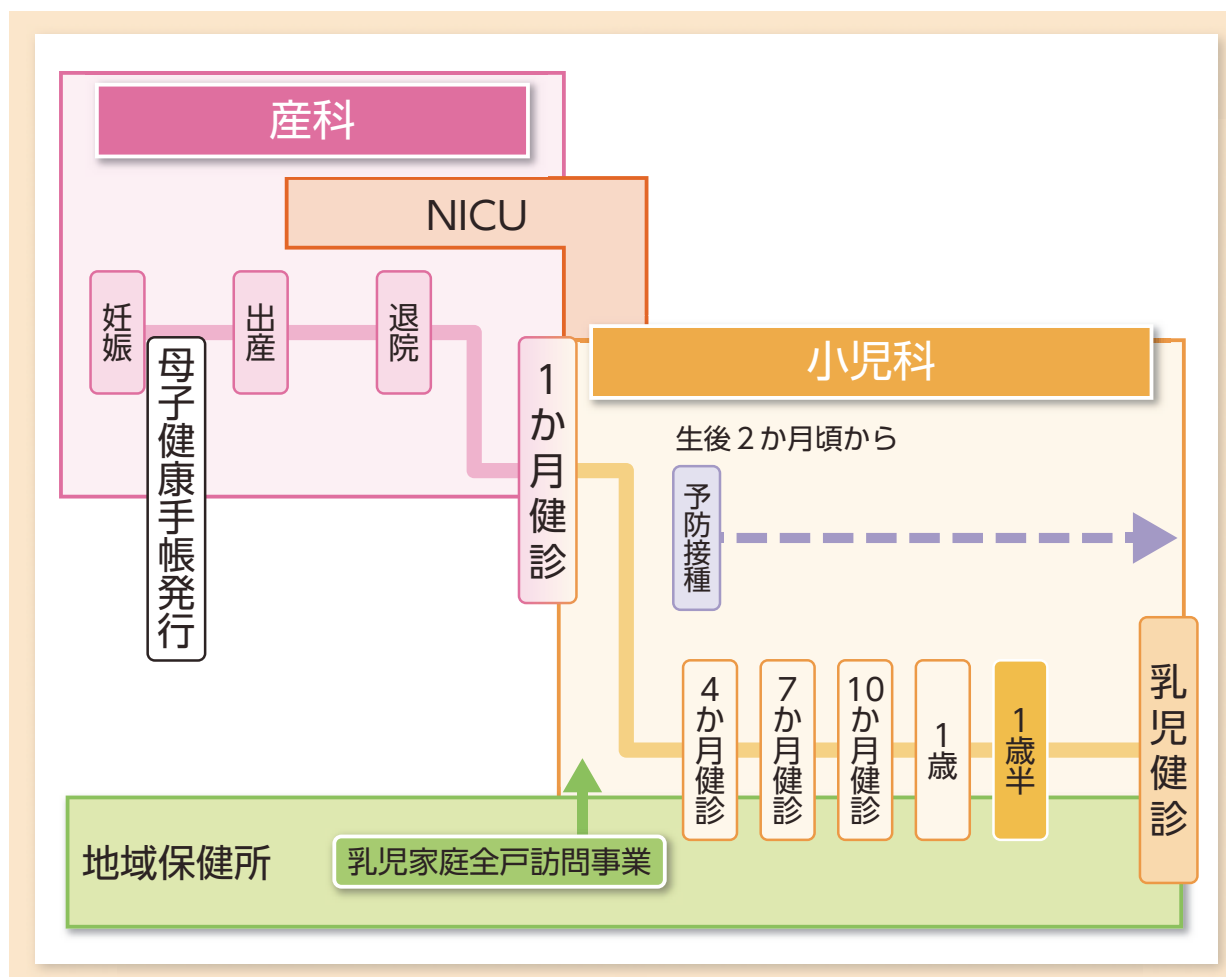
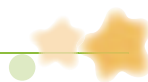
- 1) 伊藤真也, 村島温子, 鈴木利人 (編) : 向精神薬と妊娠・授乳. 南山堂 (東京) 2014
- 2) 竹内 崇: 周産期におけるリエゾン活動ー対象となる精神疾患と今後のあり方についてー. 精神医学, 58 : 141-148, 2016

4. 小児医療へつなぐ

妊娠中から始めた母子メンタルヘルスの取り組みの最終目標は、妊娠、出産、育児を通して、ほかのライフステージにはない様々な心理状態を経験する母親に適切な支援を行い、次世代の子どもの健やかな発育を支えることである。その過程で、わが国では生後1か月を境に医療機関は産科から小児科へのリレーとなるが、そのバトンを渡す一定の仕組みはなく、今ある医療や母子保健の仕組みを使って切れ目をつなぐ努力が必要である。

多くの場合は乳幼児健診が利用される。義務付けられているのは1歳半健診であるが、ほとんどの市町村が生後3～4か月時に最初の健診を行っている¹⁾。加えて6～7か月、9～10か月時の健診が行われている地域が7割程度である。これらは各地域行政の方針により、市町村で行われる集団健診と健診委託医療機関（主にかかりつけ医）で行われる個別健診が組み合わされている。福岡市ではこの乳幼児健診の健診票に母親の精神状態や育児状況をチェックする項目を加え、母親の精神状態について各月齢で注目するポイントを明記するなどの工夫を行っている²⁾。その他に、小児医療が母子にアプローチする機会として、乳幼児の予防接種がある。生後2か月頃から行われる肺炎球菌やHib予防接種率は100%に近く、子どもが初めて小児科を受診するのが予防接種であることは多い。乳幼児健診や予防接種の受診率の高さは、母子への援助を切れ目なく引き継ぐのには有利である。また、連携が可能な他職種による活動として、生後4か月までの間に家庭訪問をし、育児の悩みや不安に対応する乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）がある。このような様々な資源を利用して多機関が協働することでこの切れ目をつないでいくことになる。地域独自の取り組みとしては、大分県のペリネイタルビジットから発展した「ヘルシースタートおおいた」、全県で1か月健診を小児医療機関で行っている山口県の取り組みなどが挙げられる³⁾。これらは、地域の特性を活かした成功例である。子どもの疾病予防や発達支援に母親のメンタルヘルスの視点も加え、援助を引き継いでいくことが小児領域に求められている。





- 1) 標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き～「健やか親子21（第2次）」の達成に向けて～. 平成26年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導の在り方に関する研究班, 平成27年3月
- 2) 石井美栄: 母親のメンタルヘルスと育児支援. 福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会（編）乳幼児健診マニュアル第5版, 140-143, 医学書院（東京）2015
- 3) 吉田雄司・藤野 浩: 小児科医が行う生後早期からの子育て支援. 日本未熟児新生児学会雑誌, 25（2）: 7-13, 2013

5. 助産師（看護師・保健師）の役割

周産期に関わる助産師（看護師・保健師）は、ハイリスク妊産婦のスクリーニング、ハイリスクと判断されなかった妊産婦に対する予防的介入、メンタルヘルスの問題をもつハイリスク妊産婦への支援の3つの役割がある。ハイリスク妊産婦の早期発見は、すべての施設において必須になるだろう。ハイリスクと判断されなかった妊産婦に対する予防的支援は主にクリニックや総合病院で、メンタルヘルスの問題をもつハイリスク妊産婦への支援は、総合周産期センターや大学病院などで行われることが多い。

（1）ハイリスク妊産婦のスクリーニング

助産師（保健師・看護師）は、妊産婦の精神状態の変化や家族関係などを把握しやすく、ハイリスク妊産婦をスクリーニングしたうえで、妊娠初期から子育て期まで継続した支援を、妊婦健診や産婦健診（産科外来、助産師外来、母乳外来、産後2週間外来、産後ケア）で行うことが可能である。周産期医療に関わる全ての助産師（看護師・保健師）は、ハイリスク妊産婦のスクリーニングのスキルを身につけておくことが必要である。

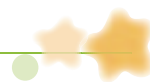
スクリーニングは、産科外来、産科病棟において、育児支援チェックリストや日本産婦人科医会の初診時間診票などを用いてリスク因子をもつ妊産婦をピックアップする。ハイリスク妊産婦で現在受診している病院・クリニックでは対応が難しいと考える場合、他施設に紹介する、また地域保健センターへ依頼し支援を継続する。

（2）ハイリスクと判断されなかった妊産婦への予防的支援

ハイリスクと判断されなかった場合、病院・クリニックで傾聴などの基本的カウンセリング技術を用いて妊産婦を支援し、不安の軽減を図るとともに、解決方法を一緒に考えるようにする。また、マタニティブルーズや産後うつ病などの周産期に起こりやすいメンタルヘルスの問題について両親学級などを通じて正しい情報を提供し、妊産婦や家族が「変だな」と思ったら、すぐに受診行動がとれるように支援する。

（3）ハイリスク妊産婦への支援

心理療法・カウンセリング技法を用いて継続した看護支援を行う。また、家族の支援状況をアセスメントし、必要時は家族内調整も行う。多職種との協働が必要な事例においては、カンファレンスを開催し、多職種と協働して支援を継続する。特に、産科・小児科・精神科の連携が必要なハイリスク妊産婦は、チームカンファレンスを開催し、支援の方向性を出して、病院と地域母子保健センター、児童相談所などとも協働して支援する。



1999年に「助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした 卒後教育プログラムに関する研究」（主任研究者：新道幸恵）として、助産師向けの教育プログラムの策定が検討された。その後は、各学会や日本看護協会、日本助産師会などで教育研修が行われている。今後はエビデンスに基づいた周産期メンタルヘルスケアができる助産師（看護師・保健師）の育成が急務であり、スタンダードな教育プランを作成する必要がある。



6. 特定妊婦について

(1) 特定妊婦とは

虐待による死亡事例は、0歳児の乳児が4割以上を占めており、背景としては、母親が一人で悩みを抱えている場合、若年出産や望まない妊娠、母親自身の疾患のためにサポートが必要な場合など家庭環境に問題がある事例が多い。したがって虐待予防のためには、関係機関がリスクのある妊婦に対して出産前から関わる必要があるとの認識から、児童福祉法ではこのような妊婦を特定妊婦と呼び、要支援児童、要保護児童とともに以下のように定義している。

特定妊婦等の定義（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の3第5項および第8項）

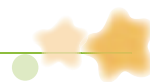
特定妊婦	出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦
要支援児童	保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童（要保護児童に該当するものを除く）
要保護児童	保護者のない児童又は保護者に監護させることが不適當であると認められる児童

(2) 特定妊婦等の情報提供

平成28年の児童福祉法改正で、「支援を必要とする特定妊婦等を把握した医療機関や学校等は、その旨を市町村に情報提供することに努めること」と明記された。また、市町村への情報提供が刑法の秘密漏示罪の規定など様々な守秘義務に関する法律の規定に反しないことも合わせて条文に記載された。特定妊婦の情報提供は努力義務ではあるが児童福祉法に明記されたことは、児童虐待予防対策を図る上で前進である。

特定妊婦と要支援児童およびその保護者については、平成20年の児童福祉法改正で要保護児童対策地域協議会の対象とされた。個別の特定妊婦について関係機関の支援者が集まって協議する要保護児童対策地域協議会のケース支援会議に医療機関が参加して、診療上で知り得た情報を提供することも守秘義務違反とならない。

市町村への情報提供を行う際には、原則として、妊婦に情報提供の概要、市町村から必要な支援を受けることが負担軽減につながることを説明することが必要である。妊産婦に「保健師訪問をしてもらい、出産・育児の準備をしましょう」等と説明し、本人同意を得て市町村へ保健師訪問の依頼を行う。本人同意を得て情報提供を行うと、受診時に家庭訪問の感想などをオープンに話すことができ、支援が行いやすい。同意がある場合の市町村への情報提供は、診療報酬の算定も可能である。



しかしながら、出産後の子育てについて危惧される妊産婦ほど、他者からの支援を拒否し、同意を得ることが困難である。児童福祉法第 21 条によって、特定妊婦は同意なしで市町村への情報提供が可能であるので、医療機関は情報提供に努めたい。市町村へ情報提供する時に、市町村が介入する場合に十分配慮してもらうために、本人同意がない旨を必ず市町村へ伝えることがポイントである。

また、出産後に初めて支援が必要な産婦であると気づかれた場合は、要支援児童または要保護児童として市町村へ情報提供を行う。

「同意なし」の場合

児童福祉法（抄）

第 21 条の 10 の 5 病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関および医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、要支援児童等（＊ 1）と思われる者を把握したときは、当該者の情報をその現在地の市町村に提供するように努めなければならない。

②刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前項の規定による情報の提供をすることを妨げるものと解釈してはならない。

＊ 1 特定妊婦、要支援児童、要保護児童

「同意あり」の場合

市町村への情報提供に関して、診療情報提供料として診療報酬の算定が可能である。（参考）

「養育支援を必要とする家庭に関する医療機関から市町村への情報提供について」（平成 16 年 3 月 10 日付け雇児総発第 0310001 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知）

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 28 年 3 月 4 日付け保医）発 0304 第 3 号厚生労働省保健局医療課長・歯科医療管理官通知）

（３）特定妊婦の例示

国が示す特定妊婦の例を以下に示す。

特定妊婦の例示

- ①すでに養育の問題がある妊婦
要保護児童、要支援児童を養育している
- ②支援者がいない妊婦
未婚またはひとり親で親族など身近な支援者がいない、夫の協力が得られない妊婦など
- ③妊娠の自覚がない・知識がない、出産の準備をしていない妊婦
- ④望まない妊娠をした妊婦
育てられない、もしくはその思い込みがある、婚外で妊娠した、すでに多くの子どもを養育して経済的に困窮している状態など
- ⑤若年妊婦
- ⑥こころの問題がある妊婦、知的な課題がある妊婦、アルコール依存症、薬物依存症など
- ⑦経済的に困窮している妊婦
- ⑧妊娠届出の未提出、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診または受診回数の少ない妊婦

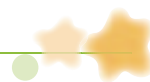
出典：子ども虐待対応の手引き（厚生労働省雇用均等・児童家庭局 平成 25 年 8 月改正）

医療機関を受診・入院した時に、妊婦と家族に任せておくだけでは、子どもの福祉や権利が保障された状態での子育てが行われない可能性が危惧されると、医師・助産師等が気づくことが大切である。

特定妊婦は、リスク要因を持っているが虐待は起きていない状況、虐待重症度分類では“ハイリスク”に当たる。子どもの虐待は、以下の４つの要因が揃うと起きると言われている。

虐待発生の４要因

- ① 多くの親は子ども時代に大人から愛情を受けていなかった。
- ② 生活にストレス（経済不安や夫婦不和、育児負担など）が積み重なって危機的状況にある。
- ③ 社会的に孤立し、援助者がいない。
- ④ 親にとって意に沿わない子（望まない妊娠・愛着形成障害・育てにくい子など）である。



特定妊婦に対しては、上記4要因が揃わないように働きかけることが必要であり、4要因の視点でアセスメントを行い、多機関連携による支援の必要性を判断し、市町村に情報提供を行う。児童福祉法で「支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と定義されているので、例示のキーワードによる単純スクリーニングだけではなく、多機関連携による支援の必要性についてアセスメントを行うことが大切である。

（例）若年妊婦の場合

- ・ 婚姻し、定収入があり、実家から支援を受けることが可能である場合は、産科医療機関でフォローする。
- ・ 婚姻しているが、収入が不安定で、婚姻時に反対されて実家からの支援は受けられない状況にある場合は、市町村へ情報提供する。



V. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの意義と実際

1. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの必要性

(1) 多領域協働チームの必要性

メンタルヘルスケアが必要な妊産婦の場合は、産科医・精神科医以外に、小児科医、看護師、保健師、助産師、臨床心理士など多職種との連携のもとで見守る必要がある。分娩までは妊婦健診を通して産科医療機関が発信源となり連携が構築できるが、分娩後、1か月健診を経過してほとんどが産科医の手を離れる時期からは、保健師等の行政（必要なケースは精神科医による治療の継続）や小児科の乳幼児健診を通しての見守りが重要になる。妊産婦の状態や状況によっては、見守りや傾聴だけでなく、ケアや介入も必要になる。この連携を維持するためには、研修会（精神科医による愛着や世代間伝達、虐待との関係、対応のポイント、精神科受診の目安、3つの質問票の意義、使用法などの内容の講義、事例検討等）を継続的に開催してスタッフのスキルアップを促すことや、産婦人科、精神科、小児科、看護師、助産師、臨床心理士、行政スタッフによる定期的な協議会の開催により問題点を共有しながら解決していくことが必要であり、またこれにより連携もより確かなものになる。

(2) 連携の実際

産科初回面接時の問診や母子健康手帳発行時の行政窓口での聞き取り等で、ケアが必要な妊婦の把握が可能である。さらに産科施設から行政、行政から産科施設への情報提供により、産科医、看護師、保健師、助産師によるフォロー（必要があれば精神科に紹介）ができる。産婦人科では、健診が進む中で妊婦と接する時間の長い助産師、看護師等が、妊婦の抱えている問題に気づく事もあり、ケアの必要な妊婦をさらに抽出することが可能となる。

精神科との連携については地域差がみられるが、この取組みは全国的に始められており、今後、産婦人科スタッフへの教育研修が進めば、精神科との連携の時期や方法についての理解も深まり、さらなる実践につながると期待される。また、産後うつ病やボンディング障害など出産後早期にみられる状況については、産婦人科医療機関が産後健診（産後2週間、1か月）の際に、EPDSや赤ちゃんの気持ち質問票等によってその状況を把握して、精神科や行政と連携をとることが重要である。さらに産後1か月健診時にケアが必要と思われた母親については、小児科とも情報を共有することが望まれる。

メンタルヘルスケアが必要と思われる妊婦を全て精神科医に紹介する事は、精神科医に



多大な負担をかけることになり現実的でないし、その必要もない。今後の課題としては、妊産婦のメンタルヘルスの評価に基づいた精神症状や機能障害の重症度の把握、問題の内容や重症度に応じた各領域での役割分担と連携の方法を明確にしていくことである。そのためには、継続的な研修会による多職種スタッフのスキルアップと連携の維持、各地域でのスーパーバイザーの存在、地域の実状に即した先まで明確に把握出来るフローチャートの作成などを実践し、問題を抱えた妊産婦を地域全体で見守る姿勢が重要である。

2. 妊産婦に対する支援の枠組みと個人情報の取り扱い

子育て支援を必要とする妊産婦の早期把握と、その後の継続的な支援のためには関係機関との連携が重要である。行政の妊産婦支援は「地域子ども・子育て支援事業」として市町村が主体で行われるが、児童虐待の防止および母子保健の推進等の立場から、都道府県が市町村をはじめとする関係機関との調整を行っている。

(1) 妊産婦に対する支援の枠組み

1) 主な相談援助機関

産婦人科医療機関から行政に情報提供を行う場合、直接の相手先は市町村（特別区を含む）の母子保健担当課であるが、妊産婦に関する相談援助機関には、ほかにも以下に示すようなものがあり、これらが妊産婦支援の枠組みを構成し、連携しながら支援を行っている。

①市町村の母子保健担当課：

市町村は、母子保健法の規定により、妊産婦もしくはその配偶者または乳幼児の保護者に対して、妊娠、出産又は育児に関し必要な保健指導を行わなければならないとされており、また妊婦健診等の結果に基づき妊産婦の訪問指導を行うものとされている。市町村の母子保健担当課の主な業務はこの母子保健法に基づく業務である。このほか、生後4か月までの乳児のいる全ての家庭を訪問し、養育についての相談に応じ、助言等を行う「乳児家庭全戸訪問事業」も、母子保健との関連から、多くは母子保健担当課で行っている。

②市町村の児童福祉担当課

児童福祉法の改正により、平成17年4月1日から、「児童及び妊産婦の福祉に関し、家庭その他からの相談に応じ、必要な調査及び指導を行うこと」が市町村の業務とされている。このため、市町村は、法律上、児童虐待を受けた児童等を発見したときの通告先となっている。児童福祉担当課は通常、要保護児童対策地域協議会の事務を総括する調整機関の役割も担っている。

なお、市町村への児童や妊産婦に関する相談の中で、対応のために専門的な知識や技術が必要であったり、児童の一時保護や施設入所措置が必要であるなど市町村では対応が困難なケースについては、市町村から専門機関である児童相談所へ「送致」という手続きがとられることになっている。

③福祉事務所

福祉事務所は、社会福祉法の規定に基づき、県および市が設置している福祉行政機関であり、次のような業務を行っている。なお、市の場合は前述の児童福祉担当課も、多くは福祉事務所の中に設けられている。

ア) 生活保護の実施

イ) 助産の実施（助産施設を利用した公費による助産：児童福祉法第 22 条）

ウ) 母子保護の実施（配偶者のない女子又はこれに準ずる女子であって、その者の監護する児童の福祉に欠けるところがある場合に当該母子を母子生活支援施設において保護する：児童福祉法第 23 条）

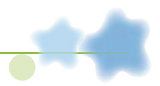
エ) 児童扶養手当（ひとり親で児童を養育している方への手当）の支給

④児童相談所

児童相談所は、児童福祉法の規定に基づき都道府県が設置している児童福祉に関する専門相談援助機関である。児童および妊産婦の福祉に関し、専門的な知識および技術を必要とする相談に応じ、調査、判定、指導を行い、必要な場合は、児童の一時保護を行う。市町村の児童福祉担当課と並んで、法律上、児童虐待を受けた児童等を発見したときの通告先となっており、近年は、この児童虐待への対応が最も大きな業務となっている。市町村の児童福祉担当課との大きな違いは、児童相談所は、児童を乳児院や児童養護施設等の児童福祉施設に入所させたり、里親に委託する権限を有していることで、児童虐待が強く疑われる場合に、児童の安全を確認するために、臨検・搜索等の措置をとることができる。

⑤婦人相談所（女性相談所）

女性相談所は、売春防止法の規定により県が設置している要保護女子（性行または環境に照らして売春を行うおそれのある女子）の保護更生のための専門相談援助機関である。要保護女子や人身取引被害者の支援のほか、近年は、配偶者からの暴力の防止および被害者の保護等に関する法律（以下「DV 防止法」という）やストーカー行為等の規制等に関する法律に基づく DV 被害者やストーカー被害者の支援が大きな業務となっている。具体的には、これらの保護援助を必要とする女性に関する相談、



調査、判定、指導を行い、必要に応じて、その女性とその同伴児童を一時保護したり、婦人保護施設に入所させることができる。

⑥配偶者暴力相談支援センター

配偶者暴力相談支援センターは、DV 防止法の規定に基づき県が DV の防止および被害者保護のための機能を認定している施設である。DV 被害者からの相談に応じたり、その自立を援助するなどの業務を行っている。

⑦保健所

保健所の業務は地域保健法第 6 条に定められており、食品衛生、環境衛生、医事・薬事、精神保健、難病対策、感染症の予防など多岐にわたっており、母子および老人の保健に関する事項もそのひとつである。しかし、母子保健に関する業務の大部分は、現在、市町村が実施主体となっており、保健所の関与は少ない。

⑧女性健康支援センター

女性健康支援センターは、妊娠・出産、性感染症、産婦人科疾患など女性の健康に関する相談に応じる事業である。

2) その他の支援制度

妊産婦に関する支援制度には、主な相談援助機関以外にも以下のようなものがある。

①要保護児童対策地域協議会

要保護児童対策地域協議会は、児童福祉法に基づき、関係機関等の間で、要保護児童の適切な保護または要支援児童や特定妊婦への適切な支援を図るために必要な情報の交換と支援内容の協議を行う機関である。

協議会の構造は、代表者会議、実務者会議、個別ケース検討会議の 3 層構造が基本とされている。厚生労働省が示す協議会の構成員の例では、市町村の児童福祉担当部局と母子保健担当部局、児童相談所、保健所、保育所、幼稚園・小学校・中学校、医療機関、配偶者暴力相談支援センター、警察、法務局などが挙げられており、産婦人科医の参加も求められている。法律に基づき協議会として関係機関に情報提供を求めることもできる。

②乳児家庭全戸訪問事業

乳児家庭全戸訪問事業は、原則として市町村内の全ての乳児のいる家庭を、生後 4 か月になるまでに訪問することにより、子育てに関する情報の提供並びに乳児および

その保護者の心身の状況および子育て環境の把握を行うとともに、子育てについての相談に応じ、助言その他の援助を行う児童福祉法に基づく事業である。

③養育支援訪問事業

養育支援訪問事業は、乳児家庭全戸訪問事業の実施その他により把握した要支援児童もしくは保護者に監護させることが不適當であると認められる児童およびその保護者または特定妊婦に対し、その養育が適切に行われるよう、当該要支援児童等の居宅において、養育に関する相談、指導、助言その他必要な支援を行う児童福祉法に基づく事業である。本事業により、情報提供があった妊産婦に対する市町村の訪問指導を行うことができる。

④助産施設

助産施設は、経済的理由により、入院助産を受けることができない妊婦を入所させて、公費により助産を受けさせることを目的とする児童福祉施設である。実態は、助産施設として都道府県や中核市などが認可または届出を受理している病院や助産所のことを指す。助産施設の利用申込先は、妊婦の住所地を管轄する市または県の福祉事務所であるが、都道府県からの権限委譲により、町村で受け付けている場合もある。

⑤乳児院

乳児院は、親が育てられないなどの理由で、保護者に監護させることができない乳児（保健上、安定した生活環境の確保その他の理由により特に必要のある場合には、幼児まで）を入所させて養育し、退所した後も相談その他の援助を行うことを目的とする児童福祉施設である。乳児院に入所するには児童相談所の決定が必要になる。

⑥母子生活支援施設

母子生活支援施設は、福祉的な支援が必要な配偶者のない女子（またはこれに準ずる事情にある女子）とその子どもを入所させて保護するとともに、これらの母子の自立の促進のためにその生活を支援し、退所後も相談その他の援助を行うことを目的とする児童福祉施設である。母子生活支援施設の入所申込先は、対象者の住所地を管轄する市または都道府県の福祉事務所であるが、都道府県からの権限委譲により、町村で受け付けている場合もある。

⑦里親

里親とは、保護者のない児童または保護者に監護させることが不適當であると認められる児童を自分の家庭で養育することを希望する者で、児童福祉法に基づき都道府県知事の認定を受けた者である。里親になるには、児童相談所を経由して里親認定申



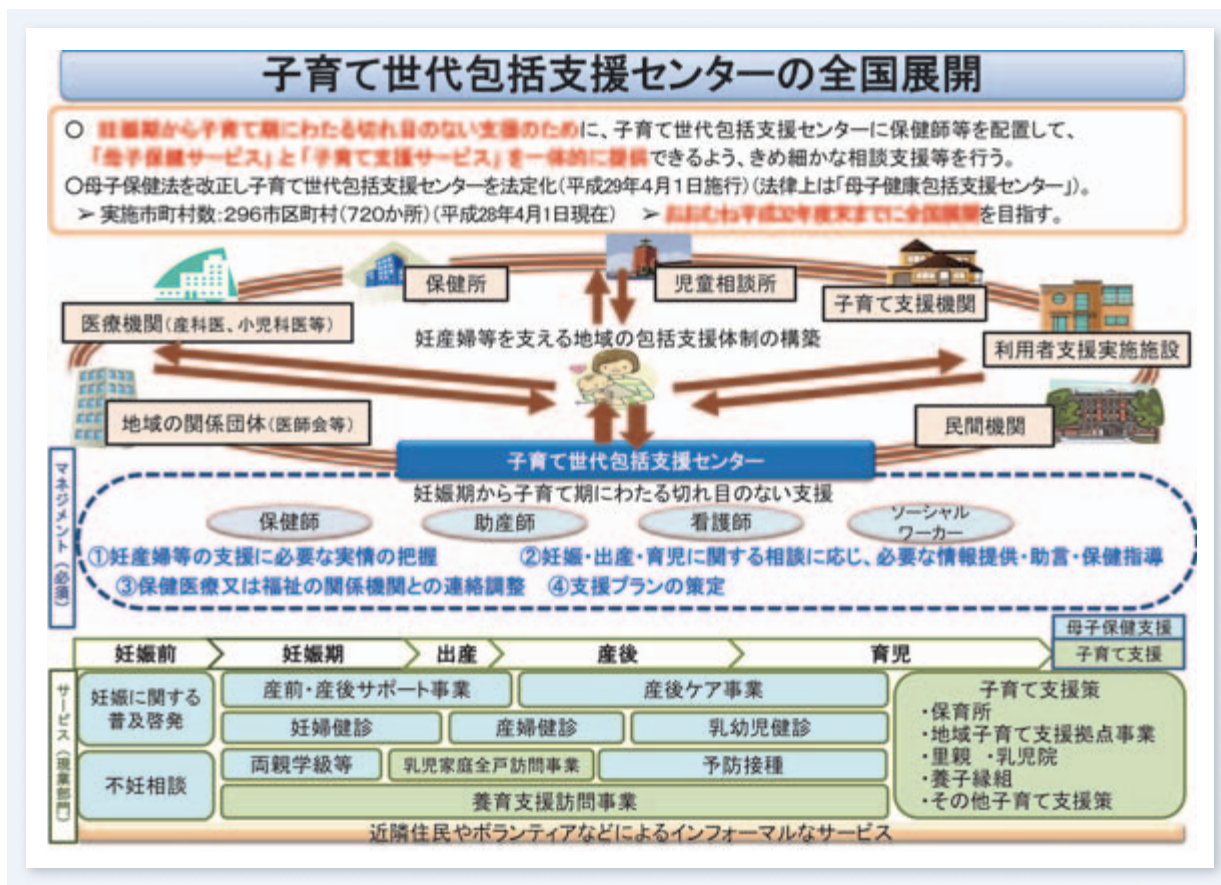
請書を知事に提出し、その認定を受けなければならない。里親には、①養育里親、②養子縁組を希望して児童を養育する養子縁組里親、③親族里親の3種類があり、養育里親はさらに通常の養育里親と専門里親に区分される。里親に児童を委託するには児童相談所の決定が必要である。

3) 子育て世代包括支援センター

国は主に少子化対策の観点から、平成24年に制定された子ども・子育て支援法に基づき、市町村に地域子ども・子育て支援事業を行うことを義務付けている。その内容は表のようなものであり、これらの事業を実施する市町村に対しては交付金が交付される。

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| ①利用者支援事業 | ⑧一時預かり事業 |
| ②地域子育て支援拠点事業 | ⑨延長保育事業 |
| ③妊婦健康診査 | ⑩病児保育事業 |
| ④乳児家庭全戸訪問事業 | ⑪放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ） |
| ⑤養育支援訪問事業 | ⑫実費徴収に係る補足給付を行う事業 |
| ⑥子育て短期支援事業 | ⑬多様な主体が本制度に参入することを促進するための事業 |
| ⑦子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業） | |

これらの事業のうち、利用者支援事業は、子どもおよびその保護者等、または妊産婦がこれらの事業を円滑に利用できるよう、情報収集、相談・助言、および関係機関との連絡調整等を行うものであり、事業全体の中でも重要な位置づけがなされている。この事業は、「利用者支援」と「地域連携」が主な内容になっており、このふたつを共に実施する「基本型」と、主に「利用者支援」を実施する「特定型」のふたつの形態で実施されていたが、平成26年度から母子保健に関する相談にも対応するため、新たに「母子保健型」が新設された。「母子保健型」では、保健師等の専門職が全ての妊産婦等の状況を継続的に把握し、必要に応じて関係機関と協力して支援プランを作成・実施することにより、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を実現することを目指しており、平成27年度からはこの事業のワンストップ拠点として「子育て世代包括支援センター」の整備が始まっている(図)。子育て世代包括支援センターは、平成29年4月の母子保健法の改正に伴って法定化され、おおむね平成32年度末までに全国に設置されることが決まっている。従って、将来的には、支援が必要と判断された妊産婦を行政につなげる場合、子育て世代包括支援センターが窓口として機能することになると思われる。しかし現在は、自治体により母子保健担当課あるいは児童福祉担当課などが事実上の窓口になっていることが多いので、行政との連携を行う場合、地域の担当窓口を確認しておくことが必要である。



出典：厚生労働省資料

(2) 個人情報の取り扱い

1) 特定妊婦等についての情報提供

保護者のない児童や保護者に監護させることが不相当である児童（要保護児童）については児童福祉法第25条の規定により、また児童虐待を受けたと思われる児童については児童虐待の防止等に関する法律（以下「児童虐待防止法」という）第6条第1項の規定により、それぞれ発見した者に通告の義務があることは従来より規定されていたが、平成28年10月1日に改正・施行された児童福祉法では、要保護児童に加えて、保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童（要支援児童）および出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦（特定妊婦）についても、日頃から接する機会の多い、病院、診療所、児童福祉施設、学校等がこれを把握した場合には、当該者の情報をその現在地の市町村に提供しよう努めなければならない、刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、この法律の規定による情報の提供を妨げるものと解釈してはならないと明記された（第21条の10の5）。これにより、産科医療機関は特定妊婦など子育て支援が必要と思われる妊産婦について、行政機関に積極的に情報提供することが求められることになった。



2) 医療従事者の守秘義務および個人情報保護義務との関係

医師、助産師、看護師等の医療従事者は、法律の規定により、職務上の守秘義務を負っている。また、医療機関は、事業者として、個人情報の保護に関する法律（以下「個人情報保護法」という）の規定により「個人情報取扱事業者」としての義務を負っている。従って、産婦人科医療機関から市町村への情報提供にあたっては、この医療従事者の守秘義務や医療事業者が守るべき個人情報保護に関する法令の規定に違反しないかが問題となる。

医師等の医療従事者には、刑法や関係資格法に基づく守秘義務があり、この守秘義務に違反して刑事事件となった場合には罰則が適用されることもある。しかし医師・助産師が罰せられるのは、「正当な理由なく」業務上の秘密を漏らしたときであり（刑法第134条第1項）、児童虐待を受けたと思われる児童を発見した場合の通告は守秘義務規定違反にはならない。また今回の児童福祉法の改正により、要支援児童や特定妊婦の通告についても、同様に守秘義務規定違反にはならない。しかし、医療機関が妊産婦本人の同意なく児童相談所や市町村に情報提供を行った場合には、当該妊産婦の心情を害するおそれがあり、その後の支援がうまくいかなることも懸念される。このような観点から、行政機関に情報提供を行う場合は、原則として妊産婦本人の同意を得ることが望ましい。

また、個人情報保護法においては、表の4つの場合は、例外として、個人情報の目的外での利用および第三者への提供に当たって、本人の同意は必要ないとされている。

<個人情報保護法において例外的に本人の同意が必要ない場合>

ア	法令に基づく場合（次のような例が該当する） a) 児童虐待を受けたと思われる児童を発見したときの通告 b) 要保護児童、要支援児童、特定妊婦を把握したときの通告 c) 要保護児童対策地域協議会から資料又は情報の提供依頼があったときの提供
イ	人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
ウ	公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために、特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
エ	国の機関もしくは地方公共団体又は、その委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

3) 地方公務員である医療従事者の守秘義務および個人情報保護義務

地方公共団体が設置する医療機関に勤務する医療従事者は、それぞれの職種による守秘義務規定のほかに、地方公務員として、地方公務員法（第34条）に定める守秘義務規定の対象となる。また、個人情報保護に関しても、地方公共団体が設置する医療機関は、個人情報保護法ではなく、設置主体である地方公共団体の個人情報保護条例が適用される。守秘義務に関しては、地方公務員の場合も「正当な理由」があれば、守秘義務規定違反とはならないと解されており、また個人情報保護条例に関しても、一般的には、いずれの地方公共団体の当該条例においても、個人情報の目的外での利用と第三者への提供は禁止されているが、個人情報保護法と同様、法令に基づく場合や本人の同意がある場合は、禁止の対象から除外されているものと考えられる。

地方公共団体が設置する医療機関に勤務する医療従事者は、あらかじめ自分が勤務する医療機関の設置主体である地方公共団体の個人情報保護条例の規定を確認しておく必要がある。

4) 民事責任

情報提供と法律に定める医療従事者の守秘義務や医療機関の個人情報保護義務との関係は前述のとおりであるが、これに関わる私人間（例えば、情報を提供される妊産婦と情報を提供する医療従事者や産婦人科医療機関との間）での民事上のトラブルに関しては、可能性としては様々な事態が想定できるため、そのリスクが全くないとは言えない。産婦人科医療機関から市町村への情報提供が、妊産婦本人の同意または法令の規定に基づいて、必要かつ社会通念上相当と認められる範囲で行われる限りにおいては、法律に定める医療従事者の守秘義務や医療機関の個人情報保護義務の規定にも違反しないことから、そのような場合には、通常、民事責任が問われる可能性は低いと考えられる。しかしながら、刑事責任や行政法上の責任と民事責任は別個であることから、民事では、医療従事者や産婦人科医療機関の責任が問われるような場合も絶対には言い切れない。したがって、そのような事態にならないためにも、産婦人科医療機関が市町村に情報提供する際は、原則として妊産婦本人の同意を得たうえで、必要かつ社会通念上相当と認められる範囲で行うことが望ましい。



(参考資料) 特定妊婦等の医療機関からの情報提供と個人情報の取り扱い

個人情報保護に関する法律
第 16 条、第 23 条

「あらかじめ本人の同意を得ないで、①特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない、②個人データを第三者に提供してはならない。」と規定されている。

児童福祉法
第 21 条の 10 の 5 第 1 項

児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、要支援児童等*と思われる者を把握したときは、当該者の情報をその現在地の市町村に提供しよう努めなければならない。

児童福祉法
第 21 条の 10 の 5 第 2 項

「刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前項の規定による情報の提供をすることを妨げるものと解釈してはならない。」と明記されている。

個人情報保護に関する法律
第 16 条第 3 項第 1 号、
第 23 条第 1 項第 1 号

「法令に基づく場合は、例外的に本人の同意を得ないで情報提供をしても個人情報保護法違反とならない。」と規定されている。児童福祉法 21 条 10 の 5 第 1 項に基づく情報提供は個人情報保護違反ではない。

特定妊婦等に日頃から接する機会が多い、病院、診療所が特定妊婦等と思われる者を把握した場合で、本人の同意が得られない場合でも市町村への情報提供に努める

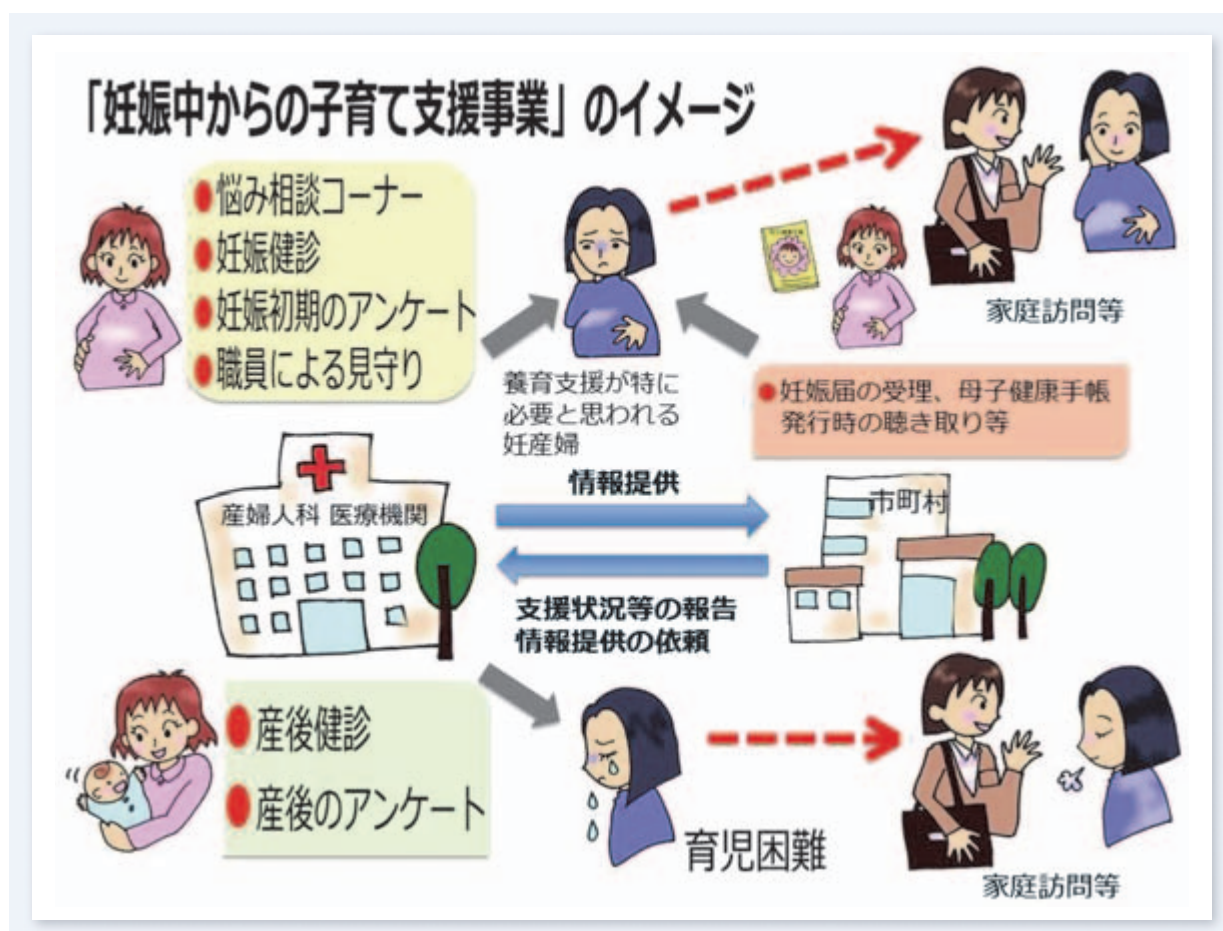
* 特定妊婦、要支援児童、要保護児童

「養育支援等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」（平成 28 年 12 月 16 日 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、母子保健課長通知）より抜粋

3. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの実例

(1) 秋田県の取り組み

秋田県で行っている事業のイメージ図を示す。



1) 事業の流れ

①産婦人科医療機関から市町村への情報提供等

子育て支援が必要と思われる妊産婦を把握した場合、産婦人科医療機関は、当該妊産婦に対し、「子育て支援が必要であると考えられるため、市町村や関係機関と情報を共有し、協力して支援にあたる」旨を説明し、当該妊産婦本人から「同意確認書」(様式1(秋田県))による同意をもらい、「要支援妊産婦情報提供票」(様式2(秋田県))を記載して、妊産婦の住所(住民票の登録)がある市町村の母子保健担当課に郵送する。(緊急の場合は事前に電話で連絡を入れる)。情報提供について妊産婦本人の同意が得られない場合は、市町村の母子保健担当課などの相談援助機関を紹介し、妊産婦が自ら公的な支援を利用するよう勧める。里帰り出産の場合で、妊産婦が一時的に住所地に住んでいない場合であっても、妊産婦の住所が同じ都道府県内にある場合は、要支援妊産婦情報提供票は、里帰り先



の市町村ではなく、妊産婦の住民票がある市町村の母子保健担当課に郵送する。なお、妊産婦の住所が他の都道府県の市町村である場合は、妊産婦の住所がある他の都道府県の市町村母子保健担当課に電話で直接連絡を取り、子育て支援が必要と思われる旨を情報提供する。

②情報提供の時期

子育て支援が必要と思われる妊産婦についての情報提供は、その妊産婦に対し養育支援が必要であると判断されたときに、随時行う。初診の段階で明らかに子育て支援が必要と判断される妊産婦については、速やかに市町村へ情報提供する。

③提供する情報の範囲

産婦人科医療機関から市町村に提供する情報は、子育て支援が必要と思われる妊産婦の支援に必要かつ社会通念上、相当と認められる範囲で行う。特に妊産婦の家族に関わる個人情報、当該家族本人の個人情報でもあるので、当該妊産婦の支援のために必要と考えられる場合以外は提供しない。

④情報提供についての妊産婦本人の同意

妊産婦本人の同意のない情報提供は、情報を提供された妊産婦にとって不本意である場合もあり、そのような場合は、市町村やその他の関係機関が支援を行う際に、妊産婦が支援を拒否したり、支援をスムーズに受け入れない恐れがある。したがって、本事業による産婦人科医療機関から市町村への情報提供は、「同意確認書」により妊産婦本人の同意を得て行うのが原則である。

(本人の同意が得られない場合の対応は、V-2-(2) 個人情報の取り扱い、p64 参照)

⑤情報の提供先

市町村への情報提供は、市町村の母子保健担当課がその窓口になり、そこから支援内容に応じて、児童相談所や女性相談所等の専門相談援助機関につなげていくことを想定している。ただし、このような連絡窓口の一本化は、児童虐待を受けたと思われる児童を発見した場合の児童相談所への通告や、配偶者から身体に対する暴力を発見した場合の配偶者暴力相談支援センターまたは警察への通報など法律に規定されている通告等を妨げるものではない。したがって、問題の主たる原因が明らかで、担当する専門相談援助機関を産婦人科医療機関が選択できる場合には、本事業の枠組みを使わずに、当該機関に直接連絡する。なお、妊産婦の生命・身体に重大な危険が差し迫っている場合には、相談援助機関よ

りも救急医療機関や警察への連絡が優先される。

⑥市町村等による支援

市町村は、当該妊産婦に対し、母子保健法に基づく保健指導や児童福祉法に基づく養育支援訪問事業等を活用して、訪問指導等の必要な子育て支援を行う。市町村だけでは対応が困難な場合は、児童相談所や女性相談所など、都道府県の関係機関とも連携する。

産婦人科医療機関の支援はおおむね妊娠期から産褥期までであるが、市町村はその後も子育て支援が必要と認められる保護者が抱える問題や悩みを把握し、乳児家庭全戸訪問事業や乳幼児健診、児童家庭相談、各種の子育て支援事業などを通じて、継続して支援を行う。

⑦市町村から産婦人科医療機関に情報提供等の依頼があった場合の対応

市町村が特定妊婦と判断した妊産婦について、産婦人科医療機関に「特定妊婦等情報提供等依頼票」（様式4（秋田県））により情報提供等の依頼があった場合、産婦人科医療機関は、依頼された情報を「特定妊婦等情報提供票」（様式5（秋田県））に記載して、依頼があった市町村の担当課に郵送する。また、産婦人科医療機関が直接行う支援について依頼があった場合は、市町村の支援方針に沿って、依頼された支援を行うよう協力する。

⑧他の都道府県に住所を有する妊産婦についての対応

本事業は住所と同じ都道府県内で実施される事業であり、他の都道府県の市町村や産婦人科医療機関は参加していない。したがって、里帰り出産等で一時的に当該都道府県内に居住している妊産婦に、子育て支援が必要と思われる場合には、産婦人科医療機関は、「要支援妊産婦情報提供票」を当該妊産婦がその時点で居住している都道府県の市町村に郵送する。情報提供を受けた市町村は、当該妊産婦の住所がある（他の都道府県の）市町村の母子保健担当課と連絡をとって、養育支援を依頼し、その実施状況を「要支援妊産婦報告票」（様式3（秋田県））により、情報提供を行った産婦人科医療機関に知らせる。なお、当該都道府県内に居住していない妊産婦について情報提供の必要が生じたときは、当該都道府県内の市町村は全く関与できないので、産婦人科医療機関が妊産婦の住所がある他の都道府県の市町村の母子保健担当課に電話で直接連絡をとり、養育支援が必要と思われる旨を情報提供する。

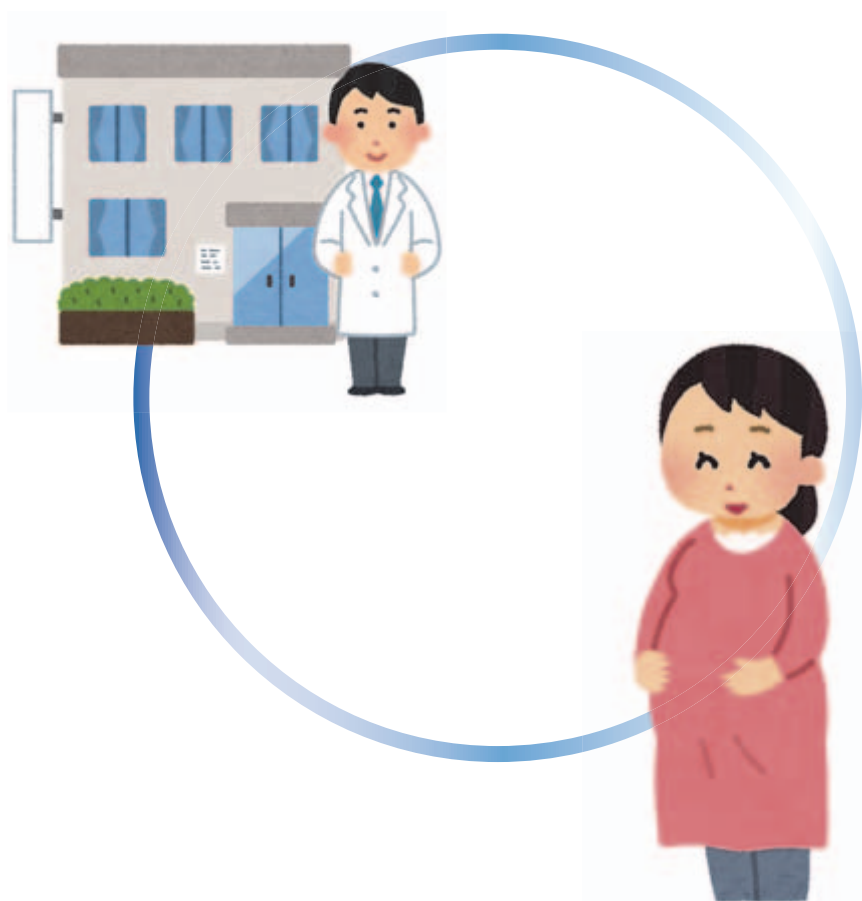
2) 事業のポイント

この事業において重要な点は、言うまでもなく妊産婦支援に関わる関係諸機関の情報共有とそれに基づく迅速な支援の実施である。「要支援妊産婦情報提供票」（様式2（秋田



県))、「要支援妊産婦報告票」(様式3(秋田県))、「特定妊婦等情報提供等依頼票」(様式4(秋田県))、「特定妊婦等情報提供票」(様式5(秋田県))などを活用して、随時双方向の情報提供を行うことで、産科医療機関や市町村そのほかの関係諸機関がそれぞれの役割を通して適切な支援を行うことができる。

産婦人科医療機関は市町村の母子保健担当課に情報提供を行うが、母子保健担当課だけでは対応が困難な場合は速やかに主担当となる適切な相談援助機関を決定し、必要な支援に結び付けていくことが望まれる。本事業の実施により業務の負担が増えるが、時期を逸しない支援が必要である。



「妊娠中からの子育て支援事業」について説明書

_____様

代表者名

日本産婦人科医会は、地域ぐるみの子育てをキーワードに、産婦人科の協力医療機関および市町村等の行政機関（以下、これらを「関係機関」と略称します）と一緒に、「妊娠中からの子育て支援事業」を行っています。

この事業は、妊婦さんや産婦さんへの子育て支援を目的としており、妊婦さんや産婦さんからアンケートにご協力いただいたり、また、妊娠や出産に関するご相談を受けたりして、必要があれば、関係機関が連携して、妊婦さんや産婦さんに支援を行うものです。

この事業による支援を行うため、_____様の情報を関係機関に提供して共有することについて、ご同意をお願い申し上げます。

なお、関係機関で共有される情報については、子育て支援の目的にのみ使用されるものです。

【お問い合わせ先】

同意確認書

事業代表者あて

私は、「妊娠中からの子育て支援事業」について、担当者の方から十分な説明を受けるとともに、質問をする機会もいただきました。

このたび、この事業による子育て支援をお願いするにあたり、私に関する情報を関係機関に提供して共有することについて、

☐同意します。

☐同意しません。

平成 年 月 日

ご住所 _____

お名前 _____

様式 2 (医療機関→市町村)

要支援妊産婦情報提供票

市町村長 様
(市町村名) 平成 年 月 日
医療機関名 電話番号
担当医師名 ④
記載者職氏名

下記の方について、養育支援が特に必要と思われるので、次とおり情報提供します。

カルテ番号	情報提供の同意	有	無
ふりがな	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	()歳
妊産婦氏名	生年月日	電話番号	
住 所 地 (住民票)		電話番号	
現 住 地 (いずれかに住んでいるところ)		電話番号	
職業・勤務先	重傷り出産の予定	有 <td>無 </td>	無
同居家族	【わかっていない範囲内で該当するものに○をつける、または記載してください】 ① 配偶者 ② 配偶者以外のパートナー ③ 子ども ()人 ④ 妊産婦の父親 ⑤ 妊産婦の母親 ⑥ 配偶者等の父親 ⑦ 配偶者等の母親 ⑧ 妊産婦の兄弟姉妹 ()人 ⑨ 配偶者等の兄弟姉妹 ()人 ⑩ その他 ()		
出産歴	初産 ・ 経産	今回事	子目(の出産)
	予定日	出産予定日	又は出産日
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

情報提供した理由	次期受診予定日	平成 年 月 日
医療機関における対応		
市町村への依頼事項		
支援をお願いしたい時期		

様式 3 (市町村→医療機関)

要支援妊産婦報告票

市町村長 様
(病院・診療所名) 平成 年 月 日
担当医師 様

市町村長 〇〇 〇〇
(※実際の発出者は、各市町村の事務処理課による)

先に情報提供がありました下記の方について、養育支援の実施状況等を次とおり報告します。

カルテ番号	情報提供の同意	有	無
ふりがな	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	()歳
妊産婦氏名	生年月日	電話番号	
住 所 地 (住民票)		電話番号	
現 住 地 (いずれかに住んでいるところ)		電話番号	

支援年月日	平成 年 月 日	(妊産婦 漢 ・ 産婦 漢)
支援した職員		
支援方法	① 訪問指導 ② 電話による指導 ③ その他 ()	
応対者	① 本人 ② 配偶者等 () ③ 配偶者等以外の家族 ()	
支援時の状況		
問題点および指導事項		
当市町村の支援方針	① 継続支援 次回 () 頃 () を行う予定 ② 今回で支援終了	
医療機関への委託事項		

所属部署名	
市町村担当部署	
電話番号	
姓・氏名	

様式 4 (市町村一医療機関)

特定妊婦等情報提供等依頼票

平成 年 月 日

病院・診療所 御担当医 様

(※表裏の両出番名は、各市町村の事務処理関係及び要保護児童対策地域協議会を窓口とする)
(発出者 職氏名)

下記の方について、養育支援が特に必要と思われるので、次のとおり情報提供等をお願いします。

ふりがな 妊産婦氏名	生年月日	昭和 年 月 日 () 歳
住所 (住民票)	電話番号	
現在地 (いまだ実家に住んで いるところ)	電話番号	

【養育支援が特に必要と思われる理由を具体的に記載】

依頼理由	
情報提供して もらいたい内 容	
医療機関に依 頼したい支援 の内容	
その他 連絡事項	

所属機関名	
電話番号	
姓・氏名	

様式 5 (医療機関→市町村)

特定妊婦等情報提供票

平成 年 月 日

(市町村名) _____ 〇〇〇〇長 様

医療機関名	電話番号
担当医師名	⑤ _____
記載者職氏名	_____

平成 年 月 日 付けで依頼がありました下記の方について、次のとおり情報提供します。

カルテ番号			
ふりがな 妊産婦氏名	生年月日	昭和 年 月 日 () 歳	
住所 (住民票)	電話番号		
現在地 (いまだ実家に住んで いるところ)	電話番号		

情報提供する 内容	
付った支援の 内容	
その他 連絡事項	



(2) 大阪府の取り組み

大阪府妊産婦こころの相談センター

2016年2月、大阪府事業（妊産婦メンタルケア体制強化事業）として「大阪府妊産婦こころの相談センター（以下「相談センター」）」が開設された。本事業は精神的に不安定な妊産婦やその家族からの個別相談、必要に応じて適切な支援機関（市町村保健センターや福祉部門、医療機関など）へのつなぎ、さらに対象となる妊産婦に関わる医療機関や行政機関等への助言も行っている。本稿では「相談センター」の開設前後の経緯や、「相談センター」の活動内容・実績について紹介する。

1) 「相談センター」開設まで

「妊産婦のメンタルケア体制強化事業」は大阪府の自殺対策強化事業の一つとして開始された。事業開始にあたっての財源は国が2015年に創設した「地域自殺対策強化交付金」である。

事業目的は以下である。

産前・産後は精神的に不安定な時期であり、産後うつについては10～20%が罹患すると言われている。精神的不安定は母児の愛着形成にも影響し、育児困難、児童虐待につながりかねないことから、妊産婦のこころの安定を得て、妊娠期から乳幼児育児期までの切れ目ない支援を目指すものである。また妊産婦の自殺は、家族を含む周囲への影響が著しく大きいため、産前・産後を通して、精神的なサポート体制を構築することで、自殺を防止する必要がある。このため、本事業では、拠点機関（大阪府立母子保健総合医療センター）に大阪府妊産婦こころの相談センターを設置し、専属職員を配置することで、府内の精神的に不安定な妊産婦に対して、ワンストップ窓口として専門的な支援を行う体制を整備する。

都道府県規模で妊産婦メンタルケアに特化した相談事業は過去に見当たらない。このため病院内の精神科医師や大阪府こころの健康総合センターからサポート・助言を受け、事業を一から立ち上げることとした。

精神的に不安定な妊産婦やその周囲の人々からの電話相談対応を主たる事業と位置づけ、電話相談の主な対象者を事業概念図（図1の丸印）のように想定した。つまり精神疾患合併の妊産婦は既にいずれかの医療機関を受診していることが想定されるため、それ以外の未だ精神科医療機関につながっていない人々を対象者とした。その中には精神疾患の患者もいれば精神的に不安定な状態のものも含まれる。また精神的に不安定な妊産婦に関わる医療機関や行政機関からの相談も受け付けて助言を行うこととした。

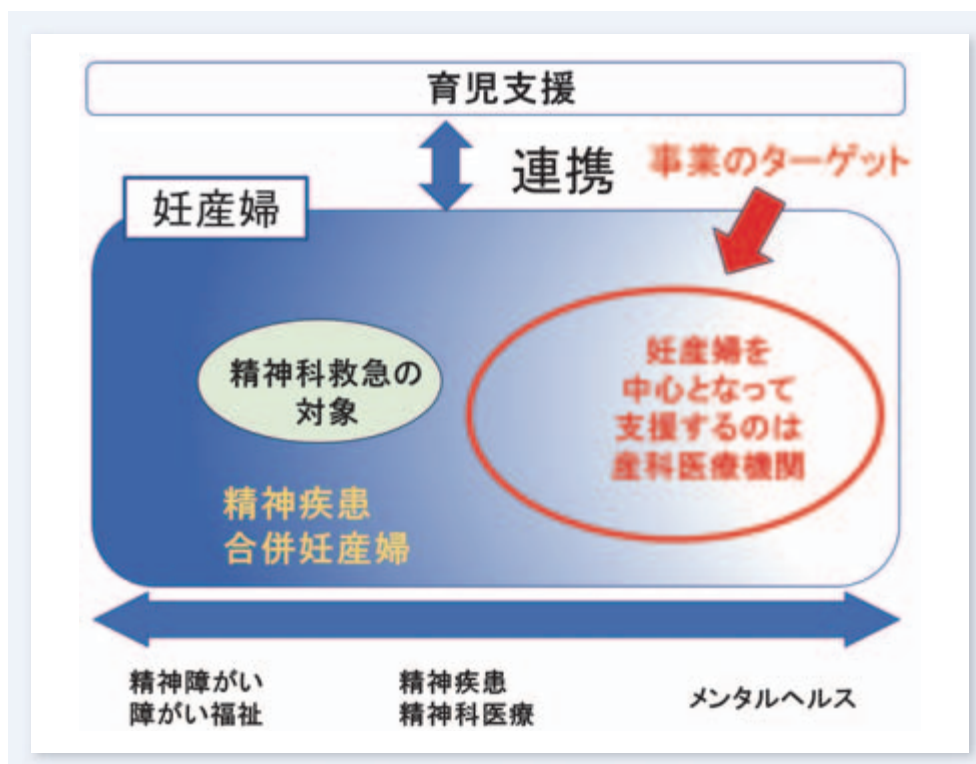


図1 大阪府妊産婦こころの相談センターの担う役割

相談内容からいずれかの支援機関につなぐことが必要と考えられた場合には、支援機関を具体的に紹介したり、相談員から直接支援機関に連絡を行うこととした。支援機関としては地域の母子保健担当者が大きな役割を担うが、精神科医療機関への紹介が必要な場合もあることから、大阪精神科病院協会・大阪精神科診療所協会の協力により精神科医が派遣され、来所による医師面談を行えることになった。これにより対象者の精神状態を直接把握し、精神科医療機関へスムーズに紹介する体制（図2）を整えた。また急を要する場合には院内の精神科医師や大阪府こころの健康総合センターのサポート、派遣精神科医への電話による対応相談が得られることとなった。

当事業で最も重要な役割をもつ電話相談員は、母子保健と精神保健の双方に通じていることが求められ、人員の確保が大きな問題であった。上にも述べたように当事業の主たる対象者は精神的に不安定な状態の方が多く含まれ育児支援が大きなウェイトを占めることが想定されるため、最初は母子保健に携わった経験のある保健師を中心に直接声を掛ける形で相談員を確保した。

事業を幅広く周知するために、カード（図3）やちらし・ポスターを作成した。事業開始直前には大阪府内全産婦人科医療機関と全精神科医療機関、各市町村の母子保健担当・精神保健担当部署へこれらを郵送し、対象者へのカード配布やちらし・ポスターの掲示をお願いした。特にカードは妊産婦に直接働きかけるためのツールであり、携帯しやすい

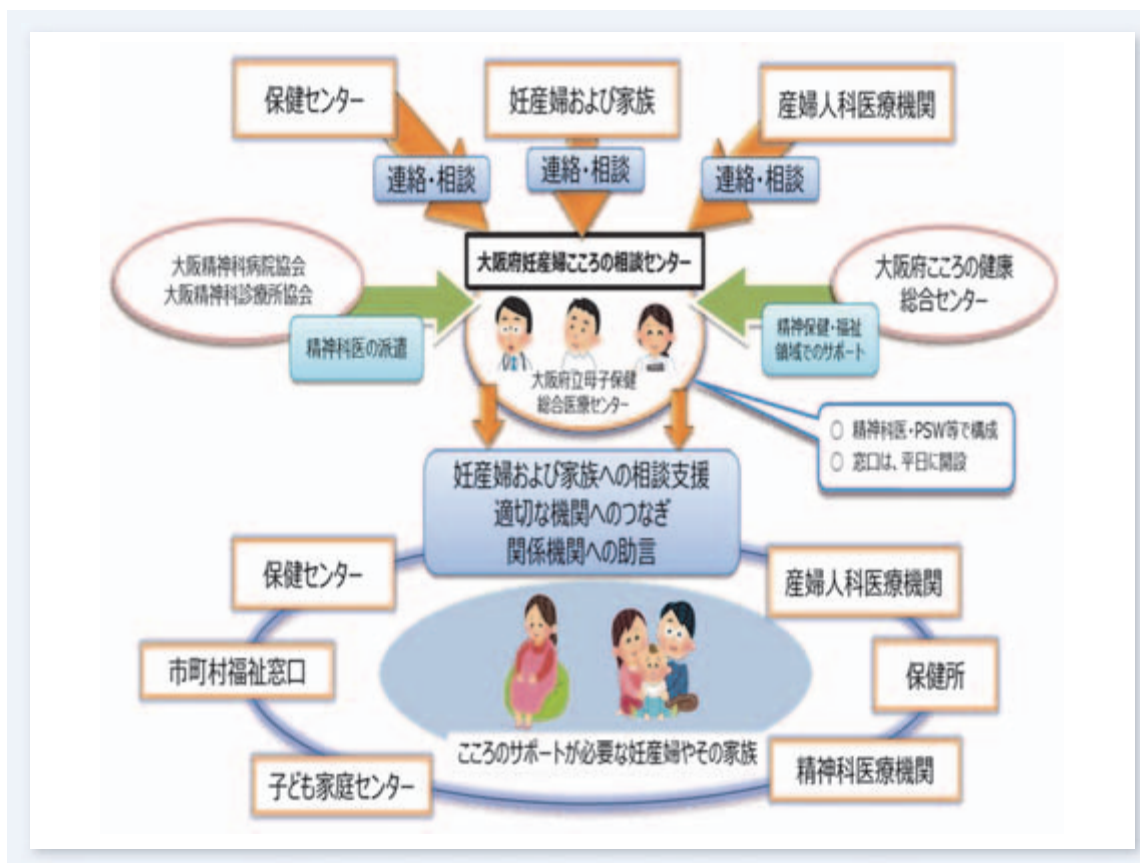


図2 大阪府こころの相談センターにおける連携

名刺サイズで作成し、医療機関や行政の窓口
に設置を依頼したり、母子健康手帳配布時に一
緒に配布してもらったりしている。最近では母
子健康手帳の間にこのカードを挟んでいる妊
婦を見かけるようになった。また相談センタ
ーについては事業委託元である大阪府のウェ
ブサイト¹⁾にも掲載されている。

事業開始とともに電話相談員が中心となって電話相談マニュアルを作成した。しかし「妊産婦の自殺対策」「居住地付近の関係機関へのつなぎ」といった目的で開始した事業であるが、電話相談が始まってみると想定とは異なる相談内容も多く見られたため、現状に即した相談マニュアルを適宜改訂中である。



図3 妊産婦用カード

2) 活動内容

事業開始から1年経った現在、相談センターの運営体制は母子保健や精神保健に詳しい保健師、心理士、看護師などの電話相談員6名、大阪府立母子センターに勤務する精神科医師や産婦人科医師、派遣精神科医師などから成る。

電話相談窓口は平日の10～16時、夜間休日の急を要する相談は大阪府の精神科救急ダイヤルを案内している。電話相談内容から医師面談が必要と考えられる対象者には週一回の精神科医師派遣日に合わせて来所してもらい、面談の結果で精神科医療機関へのつながが必要と判断されれば具体的に医療機関を紹介している。

電話相談を通して地域関連機関との連携を続けていく中で、相談員が地域関係者の集まりに招かれるようになった。例えば、具体的な症例についての事後の検討会、メンタル不安定な妊産婦への関わりに関する勉強会・研修会などである。今後は産婦人科・精神科医師向けの研修会も計画している。

3) 活動実績

図4に月毎の相談件数を示す。総相談件数は182件で、全体の44件(24.2%)は2回目以降の継続相談案件であった。図5に相談者の区分を示す。相談者は、妊産婦本人が120件(65.9%)、妊産婦の家族が30件(16.5%)、知人が5件(2.7%)、妊産婦に関わる医療・行政機関が27件(14.8%)であった。相談者のうち105人(57.7%)が匿名であった。相談センターの存在を知った経路を尋ねているが(4～11月集計)、産科医療機関から(22.2%)、テレビ新聞など(15.2%)、市町村から(11.4%)、ネット(10.1%)、その他(13.9%)、不明(27.2%)であった。相談者は妊娠中が37件(20.3%)、分娩

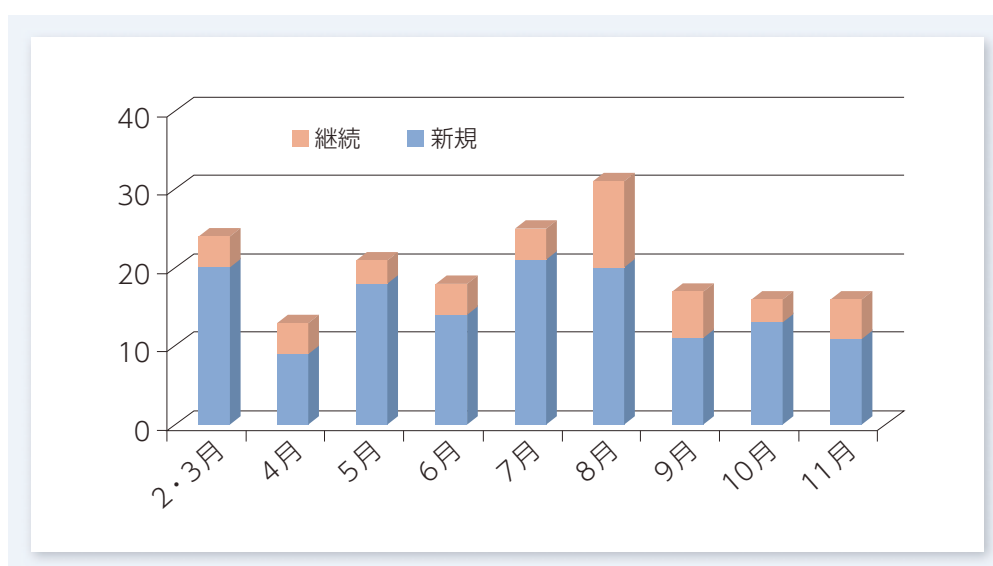


図4 毎月の相談件数

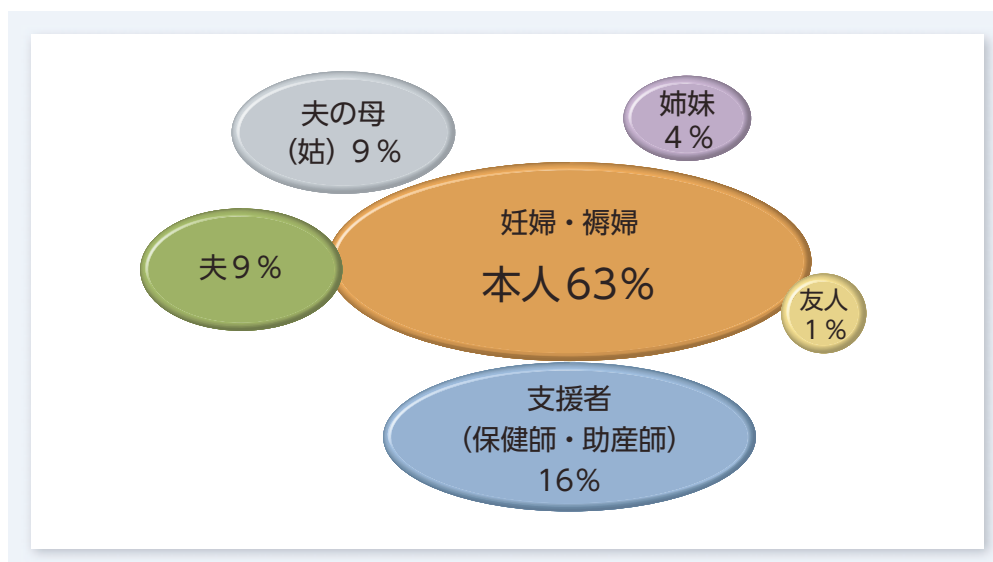


図5 相談者の区分

後が133件(73.1%)、その他や不明が12件(6.6%)であった。相談内容は図6に示すように精神症状についての相談が最も多く、精神科受診相談・薬・希死念慮・精神科救急についての相談も見られる。一方家族関係や育児についての悩みといった「社会背景」、メンタルとは異なる「身体症状」の訴えなど相談内容は多岐に渡る。1回あたりの電話相談時間は30分未満(59%)、30～60分(30%)、60分以上(8%)、その他(3%)である。相談への対応方法は多くが電話相談で完結しているが、他機関を紹介・連絡する場合もある。紹介先としては市町村保健センター(47%)、精神科医療機関(17%)、保健

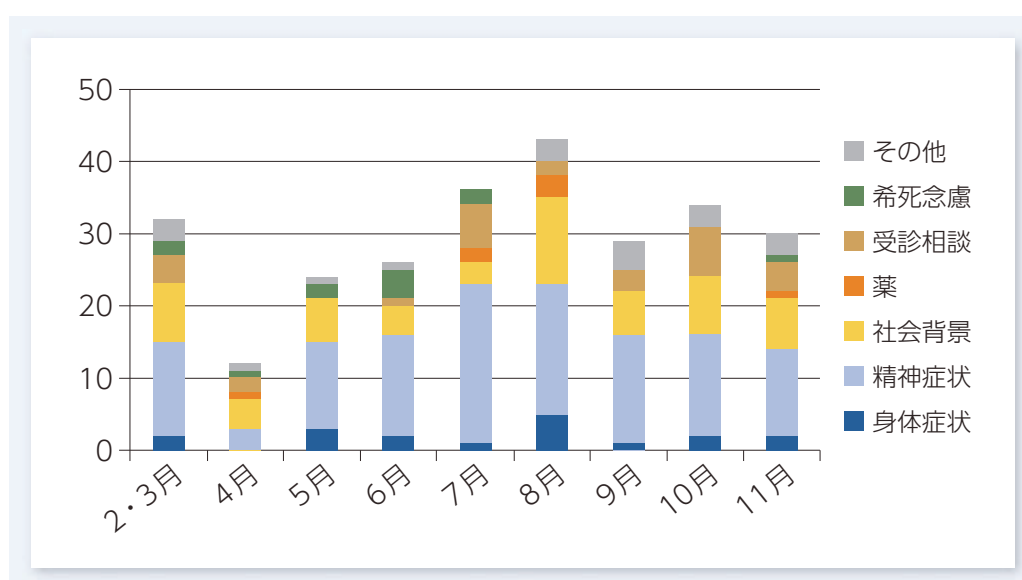


図6 相談内容

所など（10%）、市町村児童相談所（9%）、精神科以外の医療機関（6%）、その他（11%）であった。

4) 事業の現状と今後の課題

従来、本邦の妊産婦死亡統計には自殺は含まれていなかった。現在、およそ妊産婦死亡は100万分娩からわずか40名程度まで減少している。しかし、近年正式な統計が取られていないものの妊産婦の自殺が散見されるようになってきた。2016年4月には竹田ら²⁾によって、東京都の妊産婦自殺が10年間（およそ100万分娩）に63名であったと報告された。さらに、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第12次報告）」³⁾から読み取っても、出産後1年以内に毎年数名の心中が発生している。このことから考えても妊産婦の自殺は従来の年間妊産婦死亡に匹敵する可能性が出てきた。大阪府においても、未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書さらに児童虐待、特定妊婦等の検証の延長線上で妊産婦のメンタルヘルス、自殺が大いなる懸念として関係者の間で共有された。そこで、大阪府の自殺対策担当部局の事業として『大阪府妊産婦こころの相談センター』が企画された。日々の業務の中心は相談業務であるが、相談員の確保、スキルアップ等の課題が大きい。

支援体制の中でも、特に、精神科医師の団体である大阪精神科病院協会、大阪精神科診療所協会が参画していただけたことは大きな意味がある。同時に、大阪府こころの健康総合センターの参画も大きな支えとなっている。

妊産婦の方への周知はもちろんであるが、分娩取り扱い機関・自治体担当者への周知も継続的に行う必要がある。相談は必ずしも妊産婦本人でなくともよいわけで、妊産婦の周辺の気づきからの相談も大切である。

当初の目的である「必要に応じて関係機関につなぐ」ことが難しい例も少なくない。これは匿名の多さに依るものであるが、匿名だからこそ相談できる気楽さもあるようである。相談員は匿名のままで構わない内容であればそのまま相談を受け、必要に応じて名前や住所地を聞き取るようにしている。

電話回線が限られているため1件に多くの時間は割きにくい。1件の相談あたり概ね30分間を基本としているが、ようやく相談相手を見つけた安堵感からか話が切れない場合も多く、妊産婦の孤立が垣間見える。また流死産後の女性からの相談もあった。妊娠とメンタルヘルスを考える際に外せない対象者であり、どのように対応していくかは今後の課題である。

図1に相談センターの対象者を示してある。主な対象としては、精神的に不安定な妊産婦と考えている。中には精神医療の導入が必要なものもあり、そういった妊産婦は精神科



医療機関へつなげているが、当センターの事業は精神的に不安定な妊産婦を主体に育児支援につなげることが大きな使命であると考えている。育児支援を通して、妊産婦の自殺や児童虐待の抑制につながればとの思いで日々運用している。

まだまだ、課題山積で試行錯誤の日々である。相談員をはじめとする関係者と共に、よりよい成果を出せる事業にすべく努力の毎日である。

妊産婦のメンタルヘルス対策のひとつとして『大阪府妊産婦こころの相談センター』が稼働している。今後の検証作業は必要であるが、妊産婦のこころの安定に有益な事業であると考えている。

参考文献

- 1) 大阪府：妊産婦こころの相談センター
<http://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/ninsanpukokoro/index.html>
- 2) 竹田 省：妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. 日産婦誌, 68 (9) : 1815-1822, 2016
- 3) 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について. 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第12次報告, 2016

(3) 大分県の取り組み

産婦人科医による精神的ハイリスク妊婦の発見と、効果的な地域サポート体制への誘導の試み

精神的な問題を有する妊産婦は、子育て困難や子供虐待につながる例が多いことなどから、その支援の必要性が重要視されているが、現状ではその対応に苦慮する場合が多い。全国的にも、精神疾患合併妊娠や産後うつ病などで緊急に対応が必要な症例を精神科医やメンタルヘルスクリニックに依頼しても、予約制のため早期の対応ができない場合や妊婦であることを理由に診療を断られる場合が頻発するなどの事態がみられ、行政の妊産婦支援事業においてもその対応に難渋しているのが現状である。大分県においても同様の状況であり、妊産婦の精神的トラブルに関して即応可能な精神科施設の協力確保が必要で、そのためには精神科施設における妊産婦メンタルヘルス対応のコンセンサスの形成と、行政との円滑な連携システムの構築が喫緊の課題である。

2017年に改訂の「産婦人科診療ガイドライン産科編 2017」では、これまでの「産褥精神障害の取り扱い」に加えて、「妊娠中の精神障害のリスク評価」が追加収載され、妊娠初期からのハイリスク妊婦への対応に、これまで以上に留意することが明記されている。このような背景から、大分県における妊産婦の精神面支援の現状と問題点について述べる。

<大分県における妊産婦メンタルヘルスサポートの位置づけ>

大分県においては、平成13年から始まった産科・小児科・行政の連携による子育て支援システム「大分県ペリネイタルビジット事業」、さらに平成20年から始まった「ヘルシースタートおおいた」（妊娠期から出産後の新生児期・乳幼児期等の各ライフステージごとに母子が受けられる医療や母子保健等のサービスを体系的に整理し、医療・保健・福祉・教育の連携による「地域母子保健・育児支援システム」）を通じて、産科施設と行政の母子保健事業との良好な連携を目指しており、この中で多職種連携を重要かつ核心的な要解決事項と位置づけ、効果的な方策を模索している。具体的には、ハイリスク妊産婦については、毎月1回開催される「ペリネイタルビジット・ヘルシースタート合同専門部会」において、産科・小児科と県内各市町の担当課および県の担当課、さらに精神科や児童相談所が一堂に会して、支援における連携の方法を確認している。特にリスクの高い妊産婦においては、要保護児童対策地域協議会（要対協）のシステムを有効に利用した個別ケース検討会議へと直結させることにより、さらに有効な対策を検討している。しかし、ハイリスク妊産婦のメンタルヘルスケアにおける精神科医療との連携は、産科と行政にとっても現状としてはスムーズにいかないことも多く、良好な連携を取ることが課題となっている。



＜大分県における妊産婦メンタルヘルスサポートの実際＞

（１）本活動の基本的スタンス

多職種連携とハイリスク妊産婦の早期発見の２つを主眼として、下記の視点からサポートシステムの構築を目指している。

- ・精神疾患をもつ、あるいは精神的リスクをもつ妊婦を早期に発見し、両者を区分したうえで、医療機関・行政・精神科との連携のもとに、より安定した状態に保つシステムを構築する。
- ・リスク早期発見のためのスクリーニングを行い、行政や精神科等と連携して、地域としての対応システムを構築する。
- ・リスクの高低にかかわらず、これまで導入してきた産後うつ病のスクリーニング（EPDS）や、各医療機関助産師・保健師による個別相談から吸い上げられるハイリスク事例について、効率的に行政につなぐ既存のルートを活用・充実させる。
- ・本領域における他職種間情報提供において、唯一の法的根拠となる要対協に、県内すべての産科・小児科・精神科医療機関の登録を促す。
- ・要対協における妊産婦対応機能の強化を図る一案として、要対協に‘妊産婦対応部会’を設置し、随時吸い上げられてきたハイリスク妊産婦の検討会（仮称：要対協個別ケース検討会議）を必要に応じて迅速に開催することの可否を見る。
- ・各市町村において、縦割り対応を改善し、ハイリスク妊産婦について効率的な対応を可能とすべく、母子保健担当課を妊産婦対応部会あるいは要対協個別ケース検討会議の主担当機関と位置付け、即応体制および連携状況の把握の中心的機関とする。
- ・ハイリスク妊産婦の定義、特定妊婦の定義との整合性、要対協対応事例を検討し、地域保健師あるいは医療機関助産師等の対応法に方向性を与える（図１）。

表１ 特定妊婦となり得る妊産婦（養育支援訪問事業ガイドラインより）

- | |
|--------------|
| － 若年 |
| － 経済的問題 |
| － 妊娠葛藤 |
| － 母子健康手帳未発行 |
| － 妊娠後期の妊娠届 |
| － 妊婦健康診査未受診等 |
| － 多胎 |
| － 妊婦の心身の不調 |
| － その他（ ） |

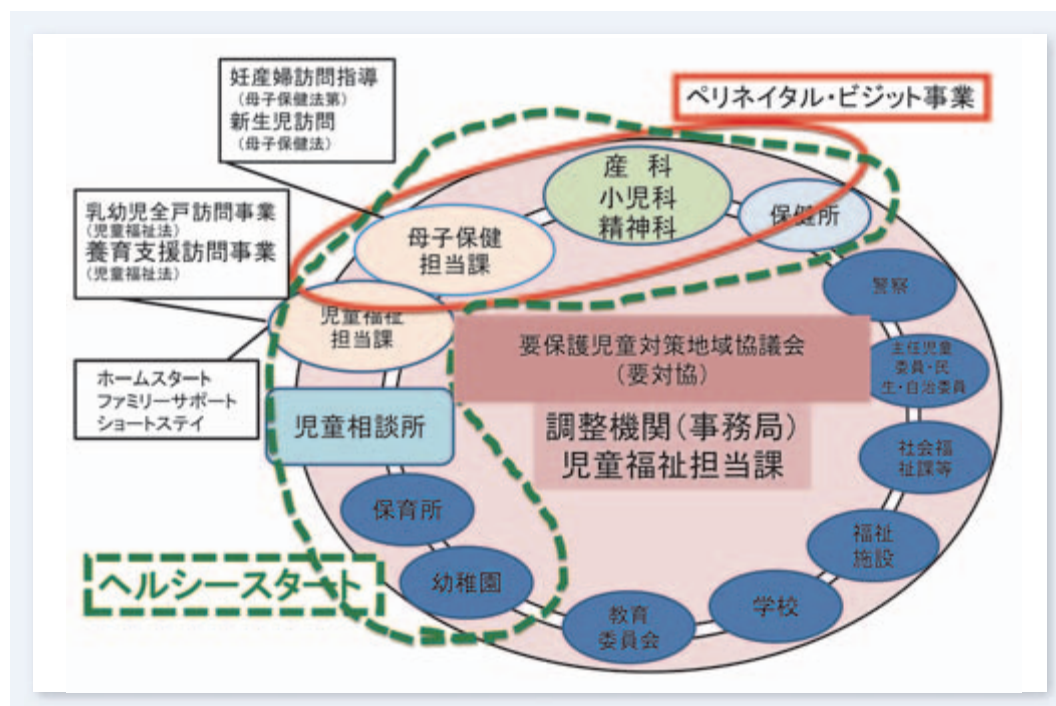


図1 大分県のめざすハイリスク妊産婦対応の連携図

(2) 産科医療機関におけるハイリスク妊産婦の抽出

各医療機関を受診した妊産婦に対して、妊娠中および産褥の2つの時期について、おののおのリスク評価の方法と具体的な対処法を提示している。

1. 妊娠中の精神障害

1) 妊娠中の精神障害のリスク評価の方法

妊婦メンタルヘルスに関する質問票の活用：「産婦人科診療ガイドライン産科編 2017」において収載の「妊娠中の精神障害のリスク評価」の内容をベースに、妊婦への質問票を作成・配布し、産科医療機関において、リスク早期発見のスクリーニングを行う（表2）。

2) ハイリスク事例に対する具体的対応

- 低リスク群：地域行政、精神科との連携
- 高リスク群：精神科施設との直接連携、要対協を介する連携
- すべてのリスク例：各地域母子保健担当課と児童福祉担当課との連携による経時的観察、を骨子とする。

妊娠中の精神障害のリスクを評価するため、妊娠初診時（母子健康手帳初回健診時）に質問票によるチェックを行う。質問票の項目は、それぞれ①－④は「背景調査」、⑤－⑥は「うつ（状態）」、⑦－⑧は「不安・強迫性障害（状態）」に係る質問内容であることを周知しておく。

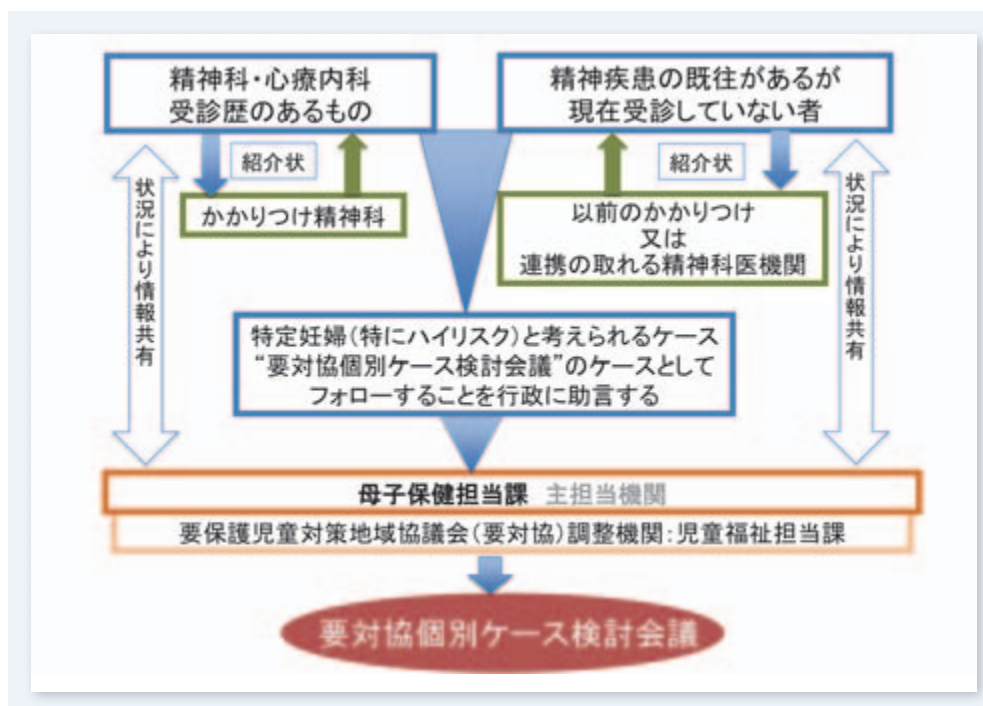


図2 質問①－④でチェックされた事例への対応

- ・産科担当医は、とりわけ精神面の変化を意識し、留意しながら健診を行う。
- ・行政の「養育支援訪問事業」「妊産婦の訪問指導」等につなげる

＊行政の窓口は「母子保健担当課」

※ i) ii) いずれの場合でも、特定妊婦と考えられる事例では、要対協個別ケース検討会議のケースとして、行政と連携してフォローすることを行政側に助言する。

●⑤－⑧の質問についてリスクが見込まれる場合（図3）

- ・産科担当医は精神科医紹介の必要性を検討する。
- ・行政の「養育支援訪問事業」「妊産婦の訪問指導」等につなげ、妊娠中からフォローの対象とすることを検討する。

※特定妊婦と考えられる事例では、要対協個別ケース検討会議のケースとして、行政と連携してフォローすることを行政側に助言する。

●重度精神障害の疑いがあるもの（図4）

- ・質問票においてリスクが見込まれ、かつ、家事その他の正常な生活機能が著しく損なわれていると考えられる妊婦（重度精神障害の疑い）は、精神科専門医への紹介を第一に考慮するとともに、要対協個別ケース検討会議のケースとして行政と連携しフォローする。

※本人の情報提供に関する承諾が無い場合でも、要対協個別ケースとすることにより、要対協の守秘義務の範囲で情報共有が可能となる。

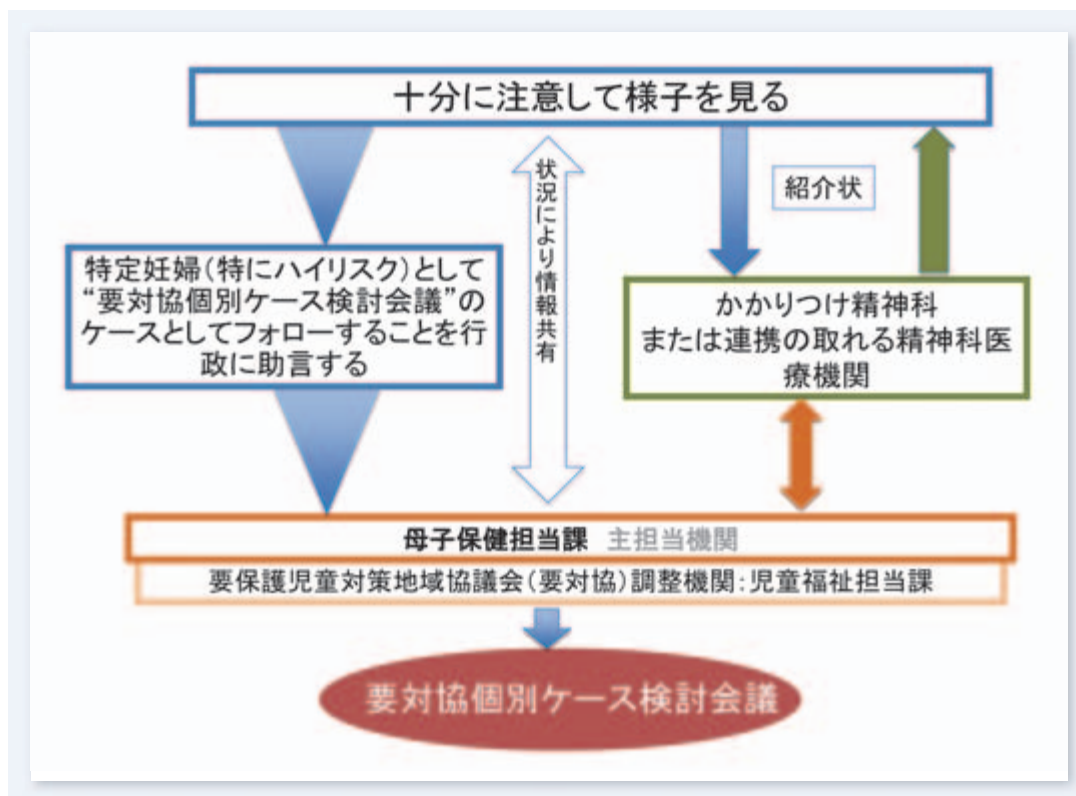


図3 質問⑤～⑧でチェックされた事例への対応

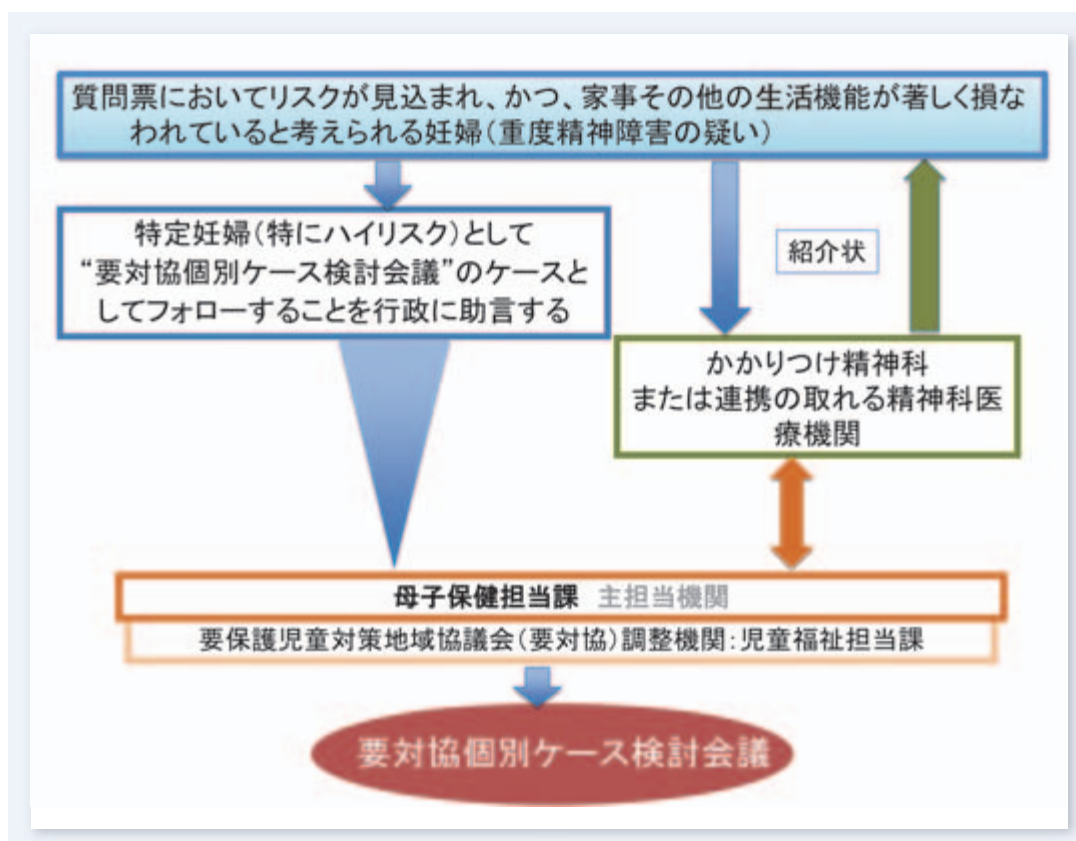


図4 重度精神障害が疑われる事例への対応

妊産婦メンタルヘルスマスクにおける
多領域協働チームの意義と実際

4) 対応結果の集積、検討

対応した事例の集積、検討にあたっては、以下の事を定めている。

- ・県子育て支援課の業務として、「ペリネイタルビジット・ヘルシースタート合同専門部会」において要対協ケース検討会議、各医療機関（産科・小児科・精神科）および各行政区画の母子保健担当課からの集計ならびに検討結果を討論する（月1回を目途）。

※討論は匿名（要対協外メンバーを含むため）。

※ただし、事前に同一事例か否かについては把握し、個別事例の経過がたどれるように準備する。

2. 産後のメンタルヘルスチェック

1) 産後の精神障害のリスク評価の方法：EPDS を利用し、9点のカットオフを目安として対応の要否を判断する。ただし、下記の点に留意する。

- i) EPDS 高得点は、スクリーニング陽性（ハイリスク）の意であり、必ずしも産後うつ病であることを意味しないことを認識する。
- ii) 産後うつ病の確定診断は、精神科医が行う。

2) ハイリスク事例に対する具体的対応

- i) 保健指導（助産師あるいは保健師）で経過を見る（基本は見守る、手放さない）。
- ii) 患者が同意すれば精神科・心療内科コンサルト
- iii) 喫緊のリスクが見込まれる場合には、精神科施設との直接連携、要対協を介する連携を検討する（産科医師への報告を含む）。

※ EPDS の質問 10（自傷行為企図）が 1～3 点の場合には、産科医への報告、精神科専門医への受診等、即応の必要性について医師の判断を仰ぐ。

3) 育児支援へつなげるためのチェックリストの活用

ペリネイタル・ビジット事業における育児支援の要否をコメディカルが判断するツールとして、鈴宮・吉田らの育児支援チェックリスト、赤ちゃんへの気持ち質問票を用い、訪問指導、保健指導時に子どもへの愛着形成の状態を観察・評価する。EPDS と合わせた3種類の質問票（大分県版名称：産褥育児支援3点セット）を検討し、母親のメンタルヘルスチェックを行うとともに、将来的な虐待やネグレクトのリスクをみる参考資料とし、継続訪問の要否、医療機関への受診の提案あるいは行政機関を介した地域児童相談所への照会の要否の一助とする。

資料集

- | | |
|----------------------------|--------|
| 1. 初診時（妊娠初期）問診票 | p90 |
| 2. 3つの質問票 | |
| 質問票Ⅰ．育児支援チェックリスト | p91～92 |
| 質問票Ⅱ．エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS） | p93 |
| 質問票Ⅲ．赤ちゃんへの気持ち質問票 | p94 |
| 3. 母子保健支援連絡票 | p95 |
| 4. アセスメントシート（参考） | |
| ①支援を要する妊婦のスクリーニング（厚生労働省資料） | p96 |
| ②支援を要する妊婦のスクリーニング（大阪府様式） | p97 |
| ③院内連携のためのアセスメントシート（昭和大学様式） | p98 |
| 5. 2項目質問票 | p99 |

初診時（妊娠初期）問診票（モデル案）

あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。
医療施設・市町村・保健所等が連携して支援させていただきます。

記入日 平成 年 月 日		カルテNo.	妊婦健診補助券番号			
1	フリガナ			生年月日	年齢	職業
	妊婦氏名			S H		
	婚姻状況	①既婚（初婚・再婚） ②未婚（入籍予定あり・なし）				
	健康保険の種類	①社会保険 ②国民健康保険 ③いずれでもない（ ）				
2	住民票のある住所	（〒 ）				
3	現住所 （上記と異なる場合）	（〒 ） この住所に何年お住まいです（ ）年				
4	連絡先	自宅電話番号	携帯電話番号		メールアドレス	
	緊急連絡先	連絡先氏名	電話番号	携帯電話番号	メールアドレス	
5	フリガナ 夫氏名 （パートナー）			生年月日	年齢	職業
6	家族構成	本人を含めた総家族数（ ）人 （妊婦さんからみた続柄で同居者に○をつけてください。） 夫・パートナー・子ども（ ）人・父親・母親・祖父・祖母・夫（パートナー）の父、夫の母・夫の祖父・夫の祖母・その他（ ）				
7	帰省先	①妊婦さんの方 ②夫（パートナー）の方 ③帰省しない				
	住 所	（〒 ）		連絡先氏名 電話番号		
8	今回の妊娠について	現在の妊娠週数のことなど	妊娠 週		単胎 ・ 多胎（ ）胎	
		分娩予定日	平成 年 月 日			
		今回の妊娠は不妊治療ですか	はい いいえ			
		妊娠：今回が初めて・（ ）回目 流産：なし・（ ）回、中絶：なし・（ ）回、早産：なし・（ ）回、死産：なし・（ ）回				
		分娩：今回が初めて・（ ）回目 順調ですか：はい いいえ（理由： ）				
		妊婦健診の医療機関名			未定	
9	アレルギーについて	ない ある				
	1) 妊娠期間中に転出する予定がありますか。	予定はない 少しある わからない 予定がある（月 日）				
10	2) 妊娠中そして産後に協力してくれる人はいますか。 （複数回答可）	いる場合：	夫・パートナー その他（ ）	自分の両親や姉妹	夫・パートナーの両親や姉妹	
	3) 夫（パートナー）に何でも打ち明けることができますか。	はい	少しは内緒がある	わからない	打ち明けない	いない
	4) 困った時に相談する人はいますか。	いる場合：	夫・パートナー その他（ ）	自分の両親や姉妹	夫・パートナーの両親や姉妹	
	5) 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。	不安はない	少しある	わからない	考えたことが無い	多いにある
	6) 妊娠がわかった時の気持ちは？	とても嬉しかった	予想外だったが嬉しかった	わからない	困った	たいへん困った
	7) 今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがありますか。	はい（施設名： ）	わからない	ない		
	8) 常用している薬がありますか。	ない	睡眠薬	安定剤	わからない薬	その他（ ）
	9) 今までの病気について	ない	ある（ ）			
	10) 今治療中の病気ありますか	ない	ある（ ）			
	11) 本人のたばこ	吸わない	やめた	吸う（ ）本/日		
12) 夫（パートナー）のたばこ	吸わない	やめた	吸う（ ）本/日			
13) その他の同居者のたばこ	吸わない	やめた	吸う（ ）本/日			
14) 本人のアルコール	飲まない	やめた	飲む：時々・一週間に（ ）回・毎日			
15) 夫（パートナー）のアルコール	飲まない	やめた	飲む：時々・一週間に（ ）回・毎日			
16)	現在、「困っていること」、「悩んでいること」「不安なこと」などありますか。それは何ですか。	ある場合：	妊娠・出産について	経済的なこと	自分の身体のこと	
			夫婦（パートナー）関係	家族関係のこと	育児の仕方	
		その他（ ）				
17)	この一年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	ない	どちらかといえば ない	どちらかといえば ある	ある	
11	行政等への情報提供について	承諾する 承諾しない				

育児支援チェックリスト

母氏名 _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（産後 _____ 日目）

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。
あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、
またはお産の時に医師から何か問題があると言われていましたか？

はい いいえ

2. これまでに流産や死産、出産後1年間に
お子さんを亡くされたことがありますか？

はい いいえ

3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、
カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師
などに相談したことがありますか？

はい いいえ

4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。

- ①夫には何でも打ち明けることができますか？

はい いいえ 夫がいない

- ②お母さんには何でも打ち明けることができますか？

はい いいえ 実母がいない

- ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？

はい いいえ

5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？

はい いいえ

6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？

はい いいえ

7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や
親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありましたか？

はい いいえ

8. 赤ちゃんが、なぜむすかったり、泣いたり
しているのかわからないことがありますか？

はい いいえ

9. 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？

はい いいえ

（九州大学病院児童精神医学教室—福岡市保健所使用版）

育児支援チェックリスト（質問 8, 9 を除いたもの：妊娠中・産後使用版）

母氏名 _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（産後 _____ 日目）

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。
あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、
またはお産の時に医師から何か問題があると言われていましたか？

はい いいえ

2. これまでに流産や死産、出産後 1 年間に
お子さんを亡くされたことがありますか？

はい いいえ

3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、
カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師
などに相談したことがありますか？

はい いいえ

4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
①夫には何でも打ち明けることができますか？

はい いいえ 夫がいない

- ②お母さんには何でも打ち明けることができますか？

はい いいえ 実母がいない

- ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？

はい いいえ

5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？

はい いいえ

6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？

はい いいえ

7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や
親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありましたか？

はい いいえ

（九州大学病院児童精神医学教室・福岡市保健所使用版）

エンジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

母氏名 _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (産後 _____ 日目)

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えて下さい。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。

- ☐ () いつもと同様にできた。
- ☐ () あまりできなかった。
- ☐ () 明らかにできなかった。
- ☐ () 全くできなかった。

2) 物事を楽しみにして待った。

- ☐ () いつもと同様にできた。
- ☐ () あまりできなかった。
- ☐ () 明らかにできなかった。
- ☐ () ほとんどできなかった。

3) 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。

- ☐ () はい、たいていそうだった。
- ☐ () はい、時々そうだった。
- ☐ () いいえ、あまり度々ではなかった。
- ☐ () いいえ、全くなかった。

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。

- ☐ () いいえ、そうではなかった。
- ☐ () ほとんどそうではなかった。
- ☐ () はい、時々あった。
- ☐ () はい、しょっちゅうあった。

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。

- ☐ () はい、しょっちゅうあった。
- ☐ () はい、時々あった。
- ☐ () いいえ、めったになかった。
- ☐ () いいえ、全くなかった。

6) することがたくさんあって大変だった。

- ☐ () はい、たいてい対処できなかった。
- ☐ () はい、いつものようにうまく対処できなかった。
- ☐ () いいえ、たいていうまく対処した。
- ☐ () いいえ、普段通りに対処した。

7) 不幸せなので、眠りにくかった。

- ☐ () はい、ほとんどいつもそうだった。
- ☐ () はい、時々そうだった。
- ☐ () いいえ、あまり度々ではなかった。
- ☐ () いいえ、全くなかった。

8) 悲しくなったり、惨めになったりした。

- ☐ () はい、たいていそうだった。
- ☐ () はい、かなりしばしばそうであった。
- ☐ () いいえ、あまり度々ではなかった。
- ☐ () いいえ、全くそうではなかった。

9) 不幸せなので、泣けてきた。

- ☐ () はい、たいていそうだった。
- ☐ () はい、かなりしばしばそうだった。
- ☐ () ほんの時々あった。
- ☐ () いいえ、全くそうではなかった。

10) 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

- ☐ () はい、かなりしばしばそうだった。
- ☐ () 時々そうだった。
- ☐ () めったになかった。
- ☐ () 全くなかった。

(岡野ら (1996) による日本語版)

赤ちゃんへの気持ち質問票

母氏名 _____

実施日 年 月 日（産後 日目）

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけて下さい。

- | | ほとんどいつも
強くそう感じる | たまに強く
そう感じる | たまに少し
そう感じる | 全然
そう感じない |
|--|--------------------|----------------|----------------|--------------|
| 1) 赤ちゃんをいとおしいと感じる。 | () | () | () | () |
| 2) 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。 | () | () | () | () |
| 3) 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。 | () | () | () | () |
| 4) 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない。 | () | () | () | () |
| 5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる | () | () | () | () |
| 6) 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。 | () | () | () | () |
| 7) こんな子でなかったらなあと思う。 | () | () | () | () |
| 8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。 | () | () | () | () |
| 9) この子がいなかったらなあと思う。 | () | () | () | () |
| 10) 赤ちゃんをととても身近に感じる。 | () | () | () | () |

（吉田ら（2003）による日本語版）

母子保健支援連絡票（妊婦・産婦・新生児）〔医療機関⇒行政〕

(医療機関・助産所→行政機関)

平成 年 月 日

(行政機関) 殿

施設名：
院長名：
担当者名：
電話：

下記のとおり情報提供をいたします。

母子保健支援連絡票（妊婦・産婦・新生児）

ふりがな 妊産婦の名前 生年月日・職業 婚姻状況	年 月 日生 () 歳 職業： (産休中) 既婚・未婚・入籍予定 (年 月頃)	
夫・パートナーの氏名 生年月日・職業	年 月 日生 () 歳 職業：	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
症状 既往症 治療状況等		
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
連絡先住所 (上記と異なる場合)	(様方) 電話番号 (自宅・実家・その他)	
妊産婦の状況	出産 (予定) 日：平成 年 月 日 妊娠期間 () 週 () 日 妊娠中の異常：無・有 () 出産時の異常：無・有 () 産後の母体異常：無・有 () その他気になる状況等	
児の氏名 (ふりがな)	() 妊娠期間 週	
児の状況	第 子 単胎・多胎 男・女 出産場所 (当院・他院：) 出生時体重：() g 身長 () cm 頭囲 () cm 出生時異常：無・有 () アプガースコア 1分 () 点 5分 () 点 新生児期異常：無・有 () その他気になる状況等	
連絡理由 ※該当するもの全てに ○印をつけて下さい。	I 保護者の保育上の問題 1 育児への不安 EPDS 点 (年 月 日時点) 2 母親の合併症 ボンディング 点 (年 月 日時点) 3 母親の育児能力 4 若年 (19 歳以下) 5 シングルマザー 6 高齢初産 7 精神疾患がある 8 知的障がいがある 9 アルコール又は薬物依存が現在又は過去にある 10 虐待歴・被虐待歴がある 11 妊娠・中絶を繰り返している 12 望まない妊娠 13 初回健診が妊娠中期以降又は、定期的に健診を受けていない 14 その他 () II 児の問題 1 低出生体重児 2 発育・発達の問題 3 合併症 4 多胎 5 その他 () III 生活環境上の問題 1 家庭内の問題 (DV、必要な生活環境、周囲からの支援が得られにくいなど) 2 経済的問題 3 その他 ()	家族構成 □ ○ 育児への支援者 無・有 () 支援を必要とする連絡事項 ★記載必須★
今後の対応	1 当院にてフォロー〔電話訪問・2週間後健診 (月 日)・1ヵ月後健診 (月 日)・その他〕 2 行政機関等に連絡 (市町村、保健福祉 (環境) 事務所) ※ 情報提供について承諾の有無 (承諾あり 承諾なし)	

※この連絡票は診療情報提供料として診療報酬上の評価が行われるために必要な項目を含んでいます。

アセスメントシート①支援を要する妊婦のスクリーニング（厚生労働省資料）

出産後の養育について出産前から支援が必要と認められる妊婦（特定妊婦）の様子や状況例

- このシートは、特定妊婦かどうか判定するものではなく、あくまでも目安の一つとしてご利用ください。
 ○様子や状況が複数該当し、その状況が継続する場合には「特定妊婦」に該当する可能性があります。
 ○支援の必要性や心配なことがある場合には、妊婦の居住地である市町村に連絡をしてください。

		☑欄	様子や状況例
妊娠・出産	妊婦等の年齢	18歳未満	
		18歳以上～20歳未満かつ夫（パートナー）が20歳未満	
		夫（パートナー）が20歳未満	
	婚姻状況	ひとり親	
		未婚（パートナーがいない）	
		ステップファミリー（連れ子がある再婚）	
	母子健康手帳の交付	未交付	
	妊婦健診の受診状況	初回健診が妊娠中期以降	
		定期的に妊婦健診を受けていない（里帰り、転院等の理由を除く）	
	妊娠状況	産みたくない。	
産みたいが、育てる自信がない。			
妊娠を継続することへの悩みがある。			
妊娠・中絶を繰り返している。			
胎児の状況	疾病		
	障害（疑いを含む）		
	多胎		
出産への準備状況	妊娠の自覚がない・知識がない。		
	出産の準備をしていない。（妊娠36週以降）		
	出産後の育児への不安が強い。		
妊婦の行動・態度等	心身の状態（健康状態）	精神科への受診歴、相談歴がある。（精神障害者保健福祉手帳の有無は問わない）	
		自殺企図、自傷行為の既往がある。	
		アルコール依存（過去も含む）がある。	
		薬物の使用歴がある。	
		飲酒・喫煙をやめることができない。	
		身体障害がある。（身体障害者手帳の有無は問わない）	
	セルフケア	妊婦本人に何らかの疾患があっても、適切な治療を受けない。	
		妊婦の衣類等が不衛生な状態	
	虐待歴等	被虐待歴・虐待歴がある。	
		過去に心中の未遂がある。	
気になる行動	同じ質問を何度も繰り返す、理解力の不足がある。（療育手帳の有無は問わない）		
	突発的な出来事に適切な対処ができない。（パニックをおこす）		
	周囲とのコミュニケーションに課題がある。		
家族・家庭の状況	夫（パートナー）との関係	DVを受けている。	
		夫（パートナー）の協力が得られない。	
		夫婦の不和、対立がある。	
	出産予定児のきょうだいの状況	きょうだいに対する虐待行為がある。（過去または現在、おそれも含む）	
		過去にきょうだいの不審死があった。	
		きょうだいに重度の疾病・障害等がある。	
	社会・経済的背景	住所が不確定（住民票がない）、転居を繰り返している。	
		経済的困窮、妊娠・出産・育児に関する経済的不安	
		夫婦ともに不安定就労・無職など	
		健康保険の未加入（無保険な状態）	
医療費の未払い			
生活保護を受給中			
家族の介護等	助産制度の利用（予定も含む）		
	妊婦または夫（パートナー）の親など親族の介護等を行っている。		
	妊婦自身の家族に頼ることができない。（死別、遠方などの場合を除く）		
サポート等の状況	周囲からの支援に対して拒否的		
	近隣や地域から孤立している家庭（言葉や習慣の違いなど）		
【その他 気になること、心配なこと】			

出典：「要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」（平成28年12月16日付け雇児総発1216第2号・雇児母発1216第2号）から別表1を抜粋

アセスメントシート②支援を要する妊婦のスクリーニング（大阪府様式）

*このシートは、妊娠期から出産後の育児について養育負担がかかりやすく、より支援が必要であることを判断するための指標です

妊婦氏名（ ） 記入日（ ） 記入者（ ）

*各要因について、『妊婦』、『パートナー』のそれぞれ該当する欄にシ点でチェックする。

要 因	妊 婦 歴							
	リ ス ク 項 目	妊 婦			パ ー ト ナ ー			
		あり	不明	なし	あり	不明	なし	
生活歴 (A)	①保護者自身に被虐待歴がある							
	②保護者自身にDV歴(加害・被害含む)がある							
	③胎児のきょうだいに不審死がある							
	④胎児のきょうだいへの虐待歴がある							
	⑤過去に心中未遂がある(自殺未遂がある)							
妊娠に関する要因 (B)	①16歳未満の妊娠							
	②若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む)・・・①除く							
	③20週以降の届出							
	④妊婦健診未受診、中断がある							
	⑤望まない妊娠							
	⑥胎児に対して無関心・拒否的な言動							
	⑦今までに妊娠・中絶を繰り返す							
	⑧飛び込み出産歴がある							
	⑨40歳以上の妊娠							
	⑩多胎や胎児に疾患や障がいがある							
	⑪妊娠中の不規則な生活・不摂生等							
心身の健康等要因 (C)	①精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む)							
	②パーソナリティ障がい(疑いを含む)							
	③知的障がい(疑いを含む)							
	④訴えが多く、不安が高い							
	⑤身体障がい・慢性疾患がある							
因経社 (D) 的要 素	①下記以外の経済的困窮や社会的問題がある							
	②生活保護受給							
	③不安定就労・失業中							
環境 (E) 的要 素	①住所不定・居住地がない							
	②ひとり親・未婚・ステップファミリー							
	③家の中が不衛生							
	④出産・育児に集中できない家庭環境							
その他 (F)	①上記に該当しない気になる言動や背景、環境がある 〔 〕							

支援者等の状況

支援者 □	・死別、高齢、遠方等の理由により、妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない ・夫婦不和、親族と対立している ・パートナーまたは妊婦の実母等親族一人のみが支援者 ・地域や社会の支援を受けていない
関係 機関等 □	・保健センター等の関係機関の関わりを拒否する ・情報提供の同意が得られない

* 妊婦とパートナーの「あり」と「不明」の該当項目により、要保護児童対策地域協議会調整機関に報告する

①濃い網掛け項 〇 に1つでも該当する妊婦

②薄い網掛け項 〇 に要因AかBの1つを含み、かつ全体で合計2つ以上該当する妊婦

③薄い網掛け項 〇 に要因C、D、E及びFの中で2つ以上該当し、かつ「支援者等の状況」に1つでも該当する妊婦

④アセスメントに必要な情報が十分に把握できなかった妊婦

アセスメントシート③院内連携のためのアセスメントシート（昭和大学様式）

アセスメントシート

氏名 _____ 様

No. _____

《妊産褥婦要フォロー者スクリーニングアセスメントシート》

外来 ☐ に一つでもチェックがつけば母性CNSへ依頼

初期 ☐ 要因なし ☐ 年齢 (19 歳以下または 41 歳以上) ☐ 未入籍 ☐ 経済的困難 ☐ 卵子提供妊娠 ☐ 妊娠葛藤 (望まない妊娠に関連して生じる葛藤がある) ☐ 育児に支障をきたす身体的既往 (てんかん、麻痺、難聴など) ☐ 夫以外のサポートなし ☐ 妊婦健診が 12 週以降で初めての受診である	日付 / サイン ☐ 夫またはパートナーが未成年 ☐ 精神疾患の治療中または既往あり ☐ 虐待またはDVを受けた経験がある ☐ 外国人 ☐ 多胎 ☐ 宗教などで制限がある ☐ 夫や家族に健康上の問題あり ☐ その他 ()
---	--

34 週 ☐ 要因なし ☐ 初期でチェック要因があるが未解決 ☐ その他 ()	日付 / サイン ☐ 妊婦健診を継続して受診できていない
--	---

フォロー状況

○母性CNSへ連絡・依頼状PC入力 日付 / サイン ○リエゾンCNSへ連絡・依頼状PC入力 日付 / サイン
○CNS記載欄 ○CNS記載欄

○総合相談センターへ連絡・依頼状PC入力 日付 / サイン

病棟 ☐ に一つでもチェックがつけばアセスメントの実施。アセスメントの結果、必要時母性CNSへ連絡

分娩入院時 ☐ 要因なし ☐ 外来でチェック要因があるが未解決 ☐ 飛び込み出産 ☐ その他 ()	日付 / サイン 全員確認(要因なしでも) ○産後のサポート状況
--	--

アセスメント サイン ()

フォロー状況

○母性CNSへ連絡・依頼状PC入力 日付 / サイン ○総合相談センターへ連絡・依頼状PC入力 日付 / サイン
○(小児・リエゾン) CNSへ連絡・依頼状PC入力 日付 / サイン

退院時継続する問題(退院前日にチェック)

フローチャート

退院時チェック要因あり ・ サポートレス
育児不安や困難感あり ・ 育児行動に問題あり

退院時
○小児科 1 ヶ月健診木曜日午後予約依頼
○退院時サマリー送付先
(産科外来・小児科外来・NICU・地域)

退院後のフォロー

小児科育児支援外来 ・ 赤ちゃんクラス ・ 1 ヶ月健診

妊娠中の精神障害のリスク評価の方法(産婦人科診療ガイドライン産科編2017より)

(表1) NICE (英国国立医療技術評価機構) のガイドラインで推奨されるうつ病に関する2項目質問票

1. 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？
2. 過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？

(表2) NICE (英国国立医療技術評価機構) のガイドラインで推奨される全般性不安障害を評価するための質問例 (GAD-2)

1. 過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありませんでしたか？
2. 過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことはありませんでしたか？

いずれの質問に対して1つでも「はい」という回答があった場合は、さらなる評価や介入の必要性について検討する必要がある。

-
- 1) 鈴木竜世、野畑綾子、金直淑、他：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討－Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて。精神医学, 45 (7) : 699-708, 2003
 - 2) 村松久美子：Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版：up to date. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 7 : 35-39, 2014
 - 3) 竹田 省：妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議 2015 報告書。日産婦誌, 68 : 129-139, 2016

執筆者一覧

監修：吉田 敬子、鈴木 寛子、山下 洋

編集：関沢 明彦、相良 洋子、鈴木 俊治、星 真一、白土なほ子

新井 陽子 北里大学 看護学部 生涯発達看護学

岩山真理子 九州医療センター附属福岡看護助産学校

岡本 陽子 大阪府立母子保健総合医療センター産科

金川 武司 大阪府立母子保健総合医療センター産科

川口 晴菜 大阪府立母子保健総合医療センター産科

菊地 紗耶 東北大学病院 精神科

佐藤 昌司 大分県立病院総合周産期母子医療センター

末次 美子 九州大学大学院 医学研究院 保健学部門 看護学分野

鈴木 寛子 島根県雲南保健所・島根県健康福祉部

清野 仁美 兵庫医科大学 精神科神経科学講座

竹内 崇 東京医科歯科大学医学部附属病院 精神科

錦井 友美 国立病院機構長崎病院小児科・小児心療科

平野 秀人 秋田赤十字病院総合周産期母子医療センター

光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター産科

安田 貴昭 埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

山下 洋 九州大学病院 子どものこころの診療部

吉田 敬子 九州大学病院 子どものこころの診療部

吉田耕太郎 産科婦人科吉田医院

和田 聡子 大阪府立母子保健総合医療センター母性外来

(五十音順)

周産期メンタルヘルスプロジェクト委員会

(五十音順)

委 員	安達久美子	日本助産学会 / 首都大学東京 人間健康科学研究科
//	新井 陽子	北里大学看護学部生涯発達看護学
//	岩山真理子	九州医療センター附属福岡看護助産学校
//	葛西 圭子	日本助産師会
//	菊地 紗耶	東北大学病院精神科
//	甲村 弘子	こうむら女性クリニック
//	佐藤 昌司	大分県立病院総合周産期母子医療センター
//	島田 祥子	東京医療保健大学助産学専攻科
//	白土なほ子	昭和大学病院産婦人科
//	末次 美子	九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野
//	鈴宮 寛子	島根県雲南保健所・島根県健康福祉部
//	清野 仁美	兵庫医科大学精神科神経科学講座
//	竹内 崇	東京医科歯科大学医学部附属病院精神科
//	立花 良之	国立成育医療研究センターこころの診療部
//	錦井 友美	国立病院機構長崎病院小児科・小児心療科
//	西郡 秀和	東北大学病院周産母子センター
//	平野 秀人	秋田赤十字病院総合周産期母子医療センター
//	福井トシ子	日本看護協会
//	光田 信明	大阪府立母子保健総合医療センター産科
//	安田 貴昭	埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック
//	山下 洋	九州大学病院 子どものこころの診療部
//	吉田 敬子	九州大学病院 子どものこころの診療部
//	吉田耕太郎	産科婦人科吉田医院
//	米山万里枝	東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科

公益社団法人日本産婦人科医会

平成 28 年度

母子保健委員会

委 員 長	茨 聡	会 長	木下 勝之
副委員長	光田 信明	副 会 長	岡井 崇
委 員	甲村 弘子	常務理事	関沢 明彦
//	佐藤 昌司	//	相良 洋子
//	白土なほ子	理 事	赤崎 正佳
//	谷村 悟	//	大橋 正伸
//	中塚 幹也	幹 事 長	栗林 靖
//	平野 秀人	副幹事長	鈴木 俊治
//	吉田耕太郎	幹 事	星 真一
//	吉田 志朗	//	松田 秀雄

厚生労働省 平成 28 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
産前・産後の支援のあり方に関する調査研究
妊産婦メンタルヘルスマニュアル

平成 29 年 3 月発行

発 行 公益社団法人日本産婦人科医会

〒162-0844 東京都新宿区市谷八幡町14
市ヶ谷中央ビル

TEL (03) 3269-4739

FAX (03) 3269-4730

ホームページ <http://www.jaog.or.jp>

厚生労働省 平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
産前・産後の支援のあり方に関する調査研究